



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

Estilos de vida en escolares con asma bronquial, en consultorio de pediatría del Hospital Román Egoavil Pando – Villa Rica. 2016

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Pediátrica

AUTOR

Marta María DORIA EVANGELISTA

ASESOR

Tula Margarita ESPINOZA MORENO

Lima, Perú

2016



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Doria M. Estilos de vida en escolares con asma bronquial, en consultorio de pediatría del Hospital Román Egoavil Pando – Villa Rica. 2016 [Trabajo de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2016.

663



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMERICA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSTGRADO



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

INFORME DE CALIFICACIÓN

LICENCIADA (O) : DORIA EVANGELISTA MARTA MARÍA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: "ESTILOS DE VIDA EN ESCOLARES CON ASMA BRONQUIAL, EN CONSULTORIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL ROMAN EGOAVIL PANDO - VILLA RICA. 2016"

ESPECIALIDAD : ENFERMERIA PEDIATRICA

Lima, 12 de abril de 2016

Señor Doctor
SERGIO GERARDO RONCEROS MEDRANO
Director de la Unidad de Post-Grado
Facultad de Medicina Humana -UNMSM

El Comité de la especialidad de **ENFERMERÍA PEDIATRICA** ha examinado el Trabajo de Investigación de la referencia, el cual ha sido calificado con nota de:

DIECISIETE (17)



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POST GRADO

Lic. Esp. **JUANA CUBA SANCHO**
Programa de Segunda Especialización en Enfermería
Coordinadora



MG. TULA ESPINOZA MORENO

Mary

ÍNDICE

	Pág.
INDICE DE GRAFICOS	4
RESUMEN	5
SUMARY	6
INTRODUCION	7
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Situación problemática	10
1.2. Formulación del Problema	14
1.3. Justificación	14
1.4. Objetivos	14
1.4.1. Objetivo general	14
1.4.2. Objetivos específicos	15
CAPITULO II: MARCO TEORICO	
2.1. Antecedentes	16
2.2. Base Teórica	19
2.3. Definición Operacional de Términos	56
2.4. Identificación y definición de la variable	57
CAPÍTULO III. METODOLOGIA	
3.1. Tipo y Diseño de la Investigación	59
3.2. Lugar y área de estudio	59
3.3. Población de estudio	59
3.4. Unidad de análisis	60
3.5. Criterios de Selección	60
3.6. Técnicas e Instrumento de recolección de datos	60
3.7. Procedimientos para el análisis e interpretación de la información	61
3.8. Consideraciones éticas	61
CAPÍTULO IV: RESULTADO Y DISCUSIÓN	
4.1. Resultados	62
4.2. Discusión	67
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	74
5.2. Recomendaciones	75
5.3. Limitaciones	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	

ÍNDICE DE GRAFICOS

N°		Pág.
1	ESTILOS DE VIDA DE ESCOLARES CON ASMA BRONQUIAL QUE ASISTEN AL CONSULTORIO DEL HOSPITAL ROMÁN EGOAVIL PANDO VILLA RICA. ENERO - FEBRERO 2016.	62
2	COMPORTAMIENTO DE LOS ESTILOS DE VIDA SEGÚN DIMENSIONES EN ESCOLARES CON ASMA BRONQUIAL QUE ASISTEN AL CONSULTORIO DEL HOSPITAL ROMÁN EGOAVIL PANDO - VILLA RICA. ENERO-FEBRERO 2016.	63
3	ESTILOS ALIMENTICIOS EN ESCOLARES CON ASMA BRONQUIAL QUE ASISTEN AL CONSULTORIO DEL HOSPITAL ROMÁN EGOAVIL PANDO - VILLA RICA ENERO-FEBRERO 2016.	63
4	ESTILOS DE HIGIENE Y ABRIGO EN ESCOLARES CON ASMA BRONQUIAL QUE ASISTEN AL CONSULTORIO DEL HOSPITAL ROMÁN EGOAVIL PANDO – VILLA RICA ENERO-FEBRERO 2016.	64
5	ESTILOS RECREATIVOS Y SOCIALES EN ESCOLARES CON ASMA BRONQUIAL QUE ASISTEN AL CONSULTORIO DEL HOSPITAL ROMÁN EGOAVIL PANDO - VILLA RICA ENERO-FEBRERO 2016.	65
6	ESTILOS DE DESCANSO Y SUEÑO EN ESCOLARES CON ASMA BRONQUIAL QUE ASISTEN AL CONSULTORIO DEL HOSPITAL ROMÁN EGOAVIL PANDO - VILLA RICA ENERO-FEBRERO 2016.	66
7	ESTILOS DE HIGIENE DEL HOGAR DONDE VIVEN LOS ESCOLARES CON ASMA BRONQUIAL QUE ASISTEN AL CONSULTORIO DEL HOSPITAL ROMÁN EGOAVIL PANDO -VILLA RICA ENERO-FEBRERO 2016.	66

RESUMEN

ESTILOS DE VIDA EN ESCOLARES CON ASMA BRONQUIAL, EN CONSULTORIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL ROMAN EGOAVIL PANDO – VILLA RICA. 2016

Autora: Lic. Marta María Doria Evangelista.

Asesora: Mg. Tula Margarita Espinoza Moreno

Objetivo: Describir estilos de vida en niños con asma bronquial que asisten al consultorio del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica Enero-Febrero 2016.

Metodología: Investigación descriptiva cuantitativa de corte transversal, realizado en 40 niños, a los cuales se les aplicó un cuestionario mediante la técnica de entrevista, instrumento validado por jueces expertos. A los niños se les pidió el asentamiento informado y a sus familiares el consentimiento informado. **Resultados:** La mayoría 62.50% presentan estilos de vida saludables. Según dimensiones, el **estilo de vida saludable** se refleja mayormente en: higiene y abrigo (82.50%), en alimentario (80%) y en descanso y sueño (65%); mientras que **es no saludable** en higiene del hogar (55%), y lo recreativo y sociable (62.50%). Sobre estilos **alimenticios**, mayormente tiene un estilo de vida saludable: 85% en número de raciones y 65% en tipo de alimentos que consume. Sobre **higiene y abrigo** mayormente tienen un estilo de vida saludable: 85% en baño diario y 80% en usar ropa acorde a la estación. Sobre estilos **recreativos y sociales** la mayoría tienen un estilo de vida no saludable 90% en caminatas y paseos familiares o amigos, participación en eventos sociales, 75% práctica de gimnasia o deporte y 80% en nado en piscina climatizada. Sobre estilos de **descanso y sueño** el estilo de vida es saludable, 85% en horario de dormir, en 70% (28) el uso de descanso o siesta, un estilo de vida no saludable en 60% (24) en continuidad del sueño. Sobre **higiene del hogar** tienen estilos de vida saludables, 85% respecto de higiene y presencia de objetos en el dormitorio, 75% (30) en cambio de ropa de cama, 55% en uso de material para la higiene y 50% en la frecuencia de higiene de habitaciones y ropa de cama; un estilo de vida no saludable en 87.50% sobre limpieza y control de contaminantes ambientales, 60% en crianza de animales y mascotas en la vivienda. **Conclusión:** La mayoría de escolares con asma bronquial, presentan estilos de vida saludables. Según dimensiones, la mayoría de escolares con asma bronquial presentan estilos de vida saludables en higiene y abrigo, en lo alimentario y en descanso y sueño. El estilo de vida no saludable está presente en la higiene del hogar y en lo recreativo y sociable.

- En estilos **alimenticios**, la mayoría tiene un estilo de vida saludable, sobre número de raciones y tipo de alimentos que consume.
- En estilos de **higiene y abrigo**, prima el estilo de vida saludable al practicar el baño diario y usar ropa acorde a la estación.
- En estilos **recreativos y sociales**, el estilo de vida **no saludable** en caminatas y paseos familiares o con amigos; en participación en eventos sociales, en práctica de gimnasia o deporte y en nado en piscina climatizada.
- En estilos de **descanso y sueño**, el estilo de vida **saludable**, en el horario de dormir, en el uso de un tiempo para el descanso o siesta. Y **no saludable** en la continuidad del sueño.
- En estilos de **higiene del hogar**, la mayoría tiene estilos de vida **saludables** respecto de higiene y presencia de objetos en el dormitorio, en cambio de ropa de cama, en uso de material para la higiene y en la frecuencia de higiene de habitaciones y ropa de cama; no saludable en limpieza y control de contaminantes ambientales, así como en crianza de animales y mascotas en la vivienda.

Palabras clave: estilos de vida en niños - niños con asma bronquial – estilos de vida en asmabronquial.

SUMMARY

LIFESTYLES IN SCHOOL WITH ASTHMA IN PEDIATRIC HOSPITAL OFFICE OF ROMAN EGOAVIL PANDO - VILLA RICA. 2016

Author: Lic. Marta Maria Evangelista Doria

Advisory: Mg. Tula Espinoza Margarita Moreno

Objective: To describe lifestyles in children with bronchial asthma who attend the doctor's Roman Villa Rica Hospital Pando Egoavil January-February 2016.

Methodology: quantitative descriptive cross-sectional research, conducted in 40 children, which were applied a questionnaire by interviewing technique, instrument validated by expert judges. Children were asked informed and their families informed consent settlement. **Results:** 62.50% Most have healthy lifestyles.

According dimensions, healthier lifestyle is mainly reflected in: hygiene and shelter (82.50%) in food (80%) and rest and sleep (65%); while not healthy household hygiene (55%), and recreation and sociable (62.50%). On food styles, mostly you have a healthy lifestyle: 85% by number of servings and 65% in type of food you eat. Hygiene and shelter mostly have a healthy lifestyle: 85% in daily bath and 80% in wear clothing appropriate for the season. On recreational and social styles most have 90% on hikes and walks family or friends, participation in social events, 75% practice gymnastic and 80% by swimming in a heated pool unhealthy lifestyle. About styles of rest and sleep lifestyle it is healthy, 85% in sleep schedule, in 70% (28) use of rest or nap, a lifestyle not healthy at 60% (24) in sleep continuity. On home hygiene have healthy lifestyles, 85% on hygiene and presence of objects in the bedroom, 75% (30) instead of linen, 55% in use of materials for hygiene and 50% in frequency hygiene rooms and bedding; a style of life unhealthy 87.50% on cleaning and control of environmental pollution, 60% in animal breeding and pets in the house. **Conclusion:** Most school children with bronchial asthma, have healthy lifestyles. According dimensions, most school with bronchial asthma have healthy lifestyles hygiene and shelter, as food and rest and sleep. The unhealthy life style is present in the household hygiene and in recreational and social.

- In food styles, most have a healthy lifestyle, on number of servings and type of food you eat.
- In styles of hygiene and shelter, the premium healthy lifestyle by practicing daily bathing and wearing clothes appropriate for the season.
- In recreational and social styles, the unhealthy lifestyle in walks and walks family or friends; in participation in social events, practice sports and gymnastics or swimming in heated pool. • In styles of rest and sleep, healthy lifestyle, the hours of sleep, use of a time for rest or nap. And unhealthy in sleep continuity
- In styles of home hygiene, most have healthy lifestyles regarding hygiene and presence of objects in the bedroom, instead of bedding, in use of materials for hygiene and frequency hygiene rooms and clothing bed; unhealthy cleaning and control of environmental pollution, as well as animal breeding and pets in the house.

Keywords: lifestyles in children - children with bronchial asthma - asmabronquial lifestyles.

INTRODUCCIÓN

El término "asma" deriva del vocablo griego ásthma, que proviene, a su vez, de áo, que significa respirar, y ya fue usado por los médicos de la antigua Grecia y puede que por Homero antes que ellos. Sin embargo, el "asma" de la medicina helénica hay que entenderla de manera prudente, ya que así era denominada la intensa dificultad respiratoria - un síntoma, en realidad -, debido a que ésta hacía que el enfermo fuese consciente de su propia respiración, mientras que, en condiciones normales, el hecho de respirar pasa inadvertido. ROMERO ENCARNACIÓN (2011).

No es fácil dar una definición de asma, muchos autores han intentado definirla y cada cual la define de diferente forma, incluso hay quien la ha comparado con el amor: "Todo el mundo sabe lo que es pero nadie sabe definirlo con exactitud". La búsqueda de una definición exacta comenzó en 1959, en el Simposio de la CIBA, en el cual se definió al asma como: "Estrechamiento difuso de las vías aéreas con cambios en su diámetro en cortos periodos de tiempo, bien espontáneamente o por la acción terapéutica y no debido a una enfermedad cardiovascular". En 1962, la American Thoracic Society la definió como: "enfermedad caracterizada por un incremento de la respuesta por parte de la tráquea y grandes bronquios a diversos estímulos que se manifiesta por un estrechamiento difuso de las vías aéreas, que cambian en diámetro en cortos periodos de tiempo, espontáneamente o por acción farmacológica". Scadding la define así "enfermedad caracterizada por amplias variaciones, aún en cortos periodos de tiempo, en la resistencia al flujo aéreo". Picado la define como "enfermedad caracterizada por episodios de obstrucción bronquial que ceden espontáneamente o por acción terapéutica.

Siendo la definición más aceptada y extendida: "Es una enfermedad crónica inflamatoria de las vías aéreas en la que están implicadas una gran cantidad de células y elementos celulares y que en los individuos susceptibles provoca episodios recurrentes de sibilancias, falta de aire al respirar, sensación de opresión de pecho y tos. Estos episodios se asocian a una obstrucción del flujo aéreo reversible, espontáneamente o con medicación, y la inflamación de la vía aérea a una hiperrespuesta bronquial a diversos estímulos". Esta definición es totalmente aceptable a partir de los 6 años de edad, puede ser inadecuada en niños pequeños, en los que desde un punto de vista práctico es mejor aplicar la utilizada en el III Congreso Internacional Pediátrico que considera al asma como "el cuadro clínico caracterizado por sibilancias recurrentes y/o tos persistente en una situación en la que se han excluido otras enfermedades menos frecuentes".

Es una de las enfermedades crónicas de índole bronquial, de carácter intermitente, inflamatorio, de origen multifactorial, más frecuente en la infancia y caracterizada principalmente por hiperactividad bronquial, obstrucción intermitente de vías aéreas y síntomas respiratorios con episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica y tos; cuyos síntomas pueden manifestarse a lo largo de toda la vida WHALEY y WONG (1998). La Organización Mundial de la Salud (OMS) la

considera como la enfermedad crónica más común en menores de 5 años, causante del mayor porcentaje de visitas a urgencias y mayor número de días de escuela perdido OPS/ OMS (2000). Asegura que más de 300 millones de personas sufren de este mal y que en los próximos 10 años las muertes por asma se incrementarán en un 20%. Está presente en todos los países independientemente de su grado de desarrollo, pero más del 80% de las muertes por asma tienen lugar en los países de ingresos bajos y medios bajos.

En nuestro país, el número de asmáticos ha aumentado significativamente debido a la contaminación ambiental, principalmente en Lima, 70% de las personas con asma están subdiagnosticadas de ellos 3% son niños que aumenta cada año además hay 600 mil niños menores de 10 años de edad que están propensos a desarrollar esta enfermedad debido a la interacción entre los factores genéticos y ambientales (humedad, contaminación del medio ambiente) y menos de la mitad de los asmáticos tiene la enfermedad controlada, el presidente de la Fundación Peruana para el Asma Bronquial y la Sociedad Peruana de Alergia e Inmunología, el subdiagnóstico se debe a que no se diagnostica la causa exacta del asma y la sintomatología corresponde también a otras enfermedades respiratorias obstructivas. Por ello muchas personas reciben un diagnóstico equivocado de asma, cuando en realidad tienen una bronquitis crónica, faringitis o algún proceso alérgico como: traqueítis o faringoamigdalitis desencadenada por algún virus o los cambios de temperatura. OMS (2005)

Más del 70% de los niños y adolescentes asmáticos presentan síntomas a causa del pelo de las mascotas (perros y gatos), los ácaros que se encuentran en el polvo doméstico, los hongos ambientales y cucarachas. Siendo recomendable evitar la presencia de alérgenos y animales domésticos en casa, especialmente, si hay niños asmáticos o con problemas respiratorios frecuentes. Por tanto las familias deben desarrollar estilos de vida saludables tanto para prevenir como para evitar la presentación de las crisis asmáticas.

Los estilos de vida saludable son una estrategia global, que hace parte de una tendencia y promoción de la salud está enmarcada en la prevención de enfermedades y promoción de la salud tal vez el momento clave de esta tendencia se inicio en el año 2004 y se genero una declaración de la Organización Mundial de la Salud, para mejorar los factores de riesgo poco saludable y estar en la vanguardia de mejorar cambios con respecto a la salud física y brindar vidas saludables en el futuro. OMS (2005) Los estilos de vida de una persona sana se hacen cotidianos e influyentes en su vida, mas cuando esta persona ve amenazado este estilo de vida por la enfermedad y aun mas cuando es crónica, las características de estos estilos de vida varían, viéndose la persona dañada. Cuando se examinan los problemas de la calidad de vida de las enfermedades crónicas se incluyen los problemas derivados de los tratamientos, que pueden afectar al bienestar, las habilidades funcionales y la propia salud de los pacientes, pues el estilo de vida de una persona se considera como la forma general de vida

expresada por las oportunidades de vida, así como las opciones personales elegidas por el individuo que cobra vital importancia y trascendencia cuando esta se ve amenazada por la enfermedad. El tratamiento se ve influenciado como por ejemplo: tipos de alimentación para el asmático, limpieza en el hogar y actividad recreativa y social del paciente, estos relativamente afectan en el estilo de vida que la persona adopte pues enmarcará un cambio en las funciones personales y sociales, así también sus conductas y actos determinarán su forma de vida.

Siendo que el asma es un problema de salud pública mundial, la labor más importante que debe desarrollar la enfermera es la educación sanitaria permanente, con el fin de desarrollar estilos de vida saludables, en el caso particular de niños con asma, brindar conocimientos a la familia y paciente para sensibilizar en cuanto a la prevención y tratamiento relacionado al cuidado intra y extradomiciliario, contribuyendo de esta manera a reducir la morbilidad como también la complicaciones del asma bronquial, con la consecuente mejora de la calidad de este grupo más vulnerable.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Situación problemática.

El asma es una enfermedad de mayor frecuencia en la infancia, de carácter inflamatorio bronquial, de tipo crónico y origen multifactorial, su característica principal es la hiperactividad bronquial, obstrucción intermitente de vías aéreas, episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica y tos; estos síntomas pueden manifestarse a lo largo de toda la vida. ROMERO ENCARNACIÓN (2011). Numerosas publicaciones reportan el aumento dramático de incidencia y prevalencia del asma en las últimas tres décadas a nivel internacional y nacional respectivamente.

Los niveles de IgE total encontrados en niños con asma dan cuenta del fuerte componente genético, que sumados a los agentes del medio ambiente en que viven, la contaminación, polución, cambio atmosférico y estilos de vida familiar; constituyen condiciones propicias para el inicio y desarrollo del asma. La Organización Mundial de la Salud (2005) considera que el asma es la enfermedad crónica que causa el mayor porcentaje de visitas a urgencias y mayor número de días de escuela perdido en los niños menores de 5 años. Asegura que más de 300 millones de personas sufren de este mal y que en los próximos 10 años las muertes por asma se incrementarán en 20%, esta enfermedad está presente en todos los países independientemente de su grado de desarrollo, más del 80% de muertes por asma tienen lugar en países de ingresos bajos y medios bajos.

En nuestro país, el número de asmáticos se ha incrementado significativamente debido al cambio climático y contaminación ambiental, en Lima, 70% de personas con asma están subdiagnosticadas de ellos 3% son

niños y aumenta cada año, hay 600 mil niños menores de 10 años de edad propensos a desarrollar esta enfermedad por la interacción entre factores genéticos y ambientales (humedad, contaminación del medio ambiente) y menos de la mitad de asmáticos tiene la enfermedad controlada. El presidente de la Fundación Peruana para Asma Bronquial y Sociedad Peruana de Alergia e Inmunología, plantea que el subdiagnóstico se debe a que no se diagnostica la causa exacta del asma porque la sintomatología corresponde también a otras enfermedades respiratorias obstructivas. Por ello muchas personas reciben un diagnóstico de asma, cuando en realidad tienen una bronquitis crónica, faringitis o algún proceso alérgico como: traqueítis o faringoamigdalitis desencadenada por virus o cambio de temperatura. Más del 70% de niños y adolescentes asmáticos presentan síntomas a causa del pelo de las mascotas (perros y gatos), los ácaros que se encuentran en el polvo doméstico, los hongos ambientales y cucarachas. Siendo lo recomendable evitar la presencia de alérgenos y animales domésticos en casa, especialmente, si hay niños asmáticos o con problemas respiratorios frecuentes.

Díaz y colab. (2011), Encontraron en Chiclayo –Perú, que 36% de los niños con sibilancias recurrentes de dos hospitales del departamento de Lambayeque, durante el período agosto – Diciembre del 2011, presentaron riesgo alto para desarrollar asma. El riesgo alto para asma en el 37,8% de la población del Hospital Regional Docente Las Mercedes, y el 32,5% de la población del Hospital Provincial Belén de Lambayeque, sin encontrarse diferencia significativa. No existiendo diferencia significativa entre sexos, siendo que 34% fueron de sexo femenino, y 38% de sexo masculino, y en niños menores de 1 año, el 25,5% presentó riesgo alto para asma; en niños mayores de 2 años y menores de 3 años, el 35,4% presentó riesgo alto para asma; y en niños mayor o igual a 2 años y menor a 3 años, el 41,7% presentó riesgo alto para asma. Evidenciándose un mayor porcentaje a partir del primer año.

"Los niños con diagnóstico y tratamiento adecuado pueden controlar muy bien la enfermedad y tener una vida saludable y sin limitaciones, totalmente

normal" por ello se recomienda tomar las medidas necesarias para evitar los factores que desencadenan las crisis de asma. Entre éstas están: realizar una limpieza general de la casa en húmedo, reducir la presencia de objetos acumuladores de polvo y no tener animales de compañía así como aprender a reconocer los síntomas de las crisis y qué hacer en este incluye tener a la mano las recomendaciones del médico para estos casos, mantener la calma y seguir las indicaciones terapéuticas del especialista incluyendo el momento de buscar asistencia médica. Debe tenerse en cuenta que para que el asma se controle es importante la colaboración entre los padres, el niño y el profesional de salud; los padres son los actores principales del cuidado del niño porque están cerca de él, por tanto deben conocer el proceso y manejo de la enfermedad, los factores desencadenantes y el estilo de vida que debe tener el niño; evitar por ejemplo la exposición a sustancias tóxicas, humo de tabaco, alcohol y otras drogas, control de irritantes y contaminantes ambientales. Desarrollar rutina de ejercicio físico, sueño nocturno, control de estrés, consumir alimentos saludables, planificar actividades de ocio y afines.

Es decir desarrollar estilos de vida desde una perspectiva integral, considerando el contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen, esto significa dignificar la persona humana en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y de bienestar, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida, los compromisos individuales y sociales convencidos de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano. También se considera la esfera afectiva o actitudinal como factor etiológico del asma, existiendo estudios que mencionan la implicancia directa entre el tipo de familia, actitudes y comportamientos con la aparición y/o aumento del asma a esto se suman los factores alérgicos, ambientales antes mencionados.

Ante este planteamiento surgen los siguientes interrogantes: ¿Tienen tiempo los padres para atender y cuidar a sus niños escolares con asma? ¿Conocen los padres de familia cómo prevenir el asma? ¿Son los estilos de vida de los niños asmáticos los más adecuados? ¿Conocen los padres cómo desarrollar estilos de vida más adecuados para prevenir las crisis asmáticas en sus niños?

La experiencia cercana en la atención estos niños y su abordaje a los padres, han permitido evidenciar que los padres expresan temor, preocupación y angustia ante la evolución y pronóstico de la salud de sus niños expresando sus preocupaciones al personal de salud como “no sé qué hacer me preocupa ver a mi hijo muchas veces se enferma de la misma cosa,.... no puedo dejarlo solo porque tengo miedo que se ahogue...no tengo tiempo para atenderlo porque también tengo que trabajar, será que en mi ausencia se desabriga, será que le pasa el frío, el baño tal vez sea muy seguido que sea a diario, la ingesta de frutas ácidas le estará haciendo daño?”. En las consultas refieren “he traído a mi niño al doctor porque hace varias horas que no puede respirar y no se mejora veo que se ahoga, sostienen “me fui al mercado y la hierbera me dio unas plantitas me dijo que le haría bien y le pasaría la tos que tiene”, “le frote su pecho con mentol y no le pasa, también le pase el infundio de la gallina”, “parece que tuviera un gato dentro del pecho”. Me angustia ver a mi hijo así...eso me enferma y creo que yo también lo contagio mi preocupación a mi hijo. Así mismo respecto a la alimentación y la medicación del niño manifiestas “...cuando mi niño tiene dificultad para respirar no le doy de comer mucho porque tengo miedo que se atore al toser o cuando por la desesperación vomita lo poco que ha comido, le doy antibióticos para que le pase” primero voy a la farmacia para que me indiquen y le doy”.

En este contexto, siendo el asma en niños un problema de salud pública mundial, y el desarrollo de calidad de vida un aspecto fundamental en su prevención y control, la labor más importante que debe desarrollar la

enfermera en materia de educación sanitaria, es decir brindar conocimientos al paciente, familia y sociedad para sensibilizar respecto del autocuidado y desarrollo de estilos de vida saludables.

1.2. Formulación del Problema de Investigación

¿Cuáles son los Estilos de Vida de escolares con asma bronquial que asisten al control por consultorio de pediatría del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica. Enero – Febrero 2016?

1.3. Justificación.

Siendo el tema de asma bronquial en escolares un tema de actualidad y que requiere actuar sobre el mismo no solo para mitigar la enfermedad sino para prevenir los cuadros de crisis que se presentan, la importancia de esta investigación radica en que los resultados permitirán conocer la situación de estilos de vida de los niños con asma bronquial, de manera que las autoridades de la institución y enfermería en particular puedan promover el establecimiento de estrategias de prevención dirigido a las madres de familia de niños escolares con asma bronquial que asisten al control en los consultorios de Pediatría del Hospital Román Egoavil Pando. Así como a desarrollar medidas preventivas en niños que no las poseen, a través del fomento de estilos de vida saludables en las familias, centros educativos y todo contexto social y ambiental en los que los niños se desenvuelvan; asimismo a dar la alerta para que el medio ambiente sea cuidado adecuadamente y evitar su incidencia en la salud de los niños.

1.4. Objetivos.

1.4.1. Objetivo General.

Describir estilos de vida en escolares con asma bronquial que asisten al consultorio del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica Enero-Febrero 2016.

1.4.2. Objetivos Específicos.

- Identificar los estilos **alimenticios** en escolares con asma bronquial que asisten al consultorio del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica Enero-Febrero 2016.
- Identificar los estilos de **higiene y abrigo** en escolares con asma bronquial que asisten al consultorio del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica Enero-Febrero 2016.
- Identificar estilos **recreativos y sociales** en escolares con asma bronquial que asisten al consultorio del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica Enero-Febrero 2016.
- Identificar estilos de **descanso y sueño** en escolares con asma bronquial que asisten al consultorio del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica Enero-Febrero 2016.
- Identificar estilos de **higiene del hogar** donde viven los escolares con asma bronquial que asisten al consultorio del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica Enero-Febrero 2016.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Realizada la búsqueda de antecedentes del tema de investigación, se han encontrado los siguientes:

SARMIENTO LUIS y colab. (2010), investigaron sobre Ambiente y estilo de vida en la prevención del asma en el niño, encontrando que el rápido aumento de la prevalencia de enfermedades alérgicas, que incluyen el asma bronquial y la rinitis alérgica, ocurrido en las últimas décadas, no puede explicarse sólo a través de factores genéticos. Es bien conocido que las enfermedades atópicas tienden a agruparse en familias, lo que evidencia la importancia del componente genético en estos trastornos; sin embargo, ha sido materia de intenso debate la influencia que los factores ambientales y alimentarios tienen en el desarrollo de las manifestaciones alérgicas en individuos con fenotipo atópico. Entender cómo interactúan estas variables permite al personal de salud y al médico pediatra hacer recomendaciones en cuanto al estilo de vida que permitan prevenir el desarrollo de estas manifestaciones en individuos con predisposición familiar.

Se ha planteado que el manejo del niño con antecedentes familiares de atopia que no ha presentado asma, debe incluir medidas de Prevención Primaria que lo puedan proteger de desarrollar esta condición. En los estudios realizados a este respecto, se ha evaluado la influencia de factores dietéticos, ambientales e infecciosos que pudieran tener impacto en la historia natural de la enfermedad. En este artículo se evalúa la evidencia disponible acerca de cada intervención, a fin de dar al médico Pediatra y de Atención Primaria herramientas para hacer recomendaciones apropiadas para los padres. El rápido aumento de la prevalencia de las enfermedades

alérgicas, que incluyen el asma bronquial y la rinitis alérgica, ocurrido en las últimas décadas, no puede explicarse sólo a través de factores genéticos. Es bien conocido que las enfermedades atópicas tienden a agruparse en familias, lo que evidencia la importancia del componente genético en estos trastornos; sin embargo, ha sido materia de intenso debate la influencia que los factores ambientales y alimentarios tienen en el desarrollo de las manifestaciones alérgicas en individuos con fenotipo atópico. Entender cómo interactúan estas variables permite al personal de salud y al médico pediatra hacer recomendaciones en cuanto al estilo de vida que permitan prevenir el desarrollo de estas manifestaciones en individuos con predisposición familiar.

CORONEL CARVAJAL. C. (2005), investigó sobre Factores dietéticos asociados al asma bronquial en los niños, con el Objetivo de Identificar factores dietéticos que puedan estar asociados al asma bronquial. Material y métodos: Estudio transversal comparativo en niños menores de 15 años: 45 de ellos asmáticos y 45 que no padecían esta enfermedad. Se obtuvo la información del expediente clínico y por entrevista. La estimación del riesgo se hizo mediante la razón de momios. Resultados: Los factores que mostraron mayor fuerza de asociación fueron: comienzo de la ablactación antes del quinto mes (RM: 10.2); lactancia materna por menos de 4 meses (RM: 6.1); alimentación con leche de vaca antes del sexto mes (RM: 6.0); inclusión de harina de soya (soja) (RM: 4.6); y huevo en la dieta antes del año (RM: 4.0). Fueron sus Conclusiones: Se confirma el papel de algunos alimentos en edades tempranas de la vida en la génesis del asma bronquial, y la relación entre el inicio de la ablactación antes del quinto mes y la duración de la lactancia materna por menos de cuatro meses.

MEJÍA N. ESCOBAR, (1997) realizaron un estudio en Medellín Colombia sobre “Descripción de actitudes y prácticas en estilos de vida Saludables en médicos y personal de Enfermería, Metrosalud 1997, los objetivos fueron describir las actitudes y prácticas en estilos de vida saludable y la actitud

hacia la promoción de la salud, de médicos y del personal de enfermería del área asistencial del instituto metropolitano de salud de Medellín. El método fue descriptivo la población estuvo conformada por 270 personas, el instrumento fue el cuestionario y la técnica la encuesta el cual tuvo como conclusión que “La población estudiada se percibe con un estilo de vida más saludable a lo encontrado para cada uno de los hábitos como fumar consumo adecuado de licor y peso adecuado, no se encontraron diferencias importantes con relación a los de la población general”.

PABLO BROCKMANN V. y colab. (2007), investigan sobre la Actividad física y obesidad en niños con asma, considerando que el asma inducida por ejercicio es una enfermedad crónica frecuente en niños. El objetivo de este estudio fue comparar actividad física (AF) y estado nutricional en niños con asma (A) y sanos (S). Pacientes y Método: Participaron 81 niños, 40 A y 41 S. Se realizó un cuestionario a los padres, validado previamente, referente a opiniones y actitudes acerca de la AF. El estado nutricional se clasificó de acuerdo a índice de masa corporal. Se asociaron las respuestas entre los grupos con χ^2 . Resultados: Edad promedio 9 años, 44% niñas. Promedio de horas de AF semanales fue 2,4 S y 1,9 A ($p = NS$). El 88% de A vs 56% de S realizaba < de 2 horas de AF semanales ($p < 0,05$). El 85% de A presentaba síntomas frecuentes asociados al ejercicio. En 15/40 A vs 11/41 S se diagnosticó obesidad y sobrepeso ($p < 0,05$). Los padres de A percibían la AF como "peligrosa" más frecuentemente que S ($p < 0,05$). Conclusiones: Los niños con asma realizan menos AF que las recomendaciones, existiendo una asociación entre bajos niveles de AF, obesidad y asma. Los padres de niños con asma tienen una opinión negativa sobre la AF que podría explicar la escasa AF realizada por sus hijos.

DÍAZ DÍAZ R y colab. (2011) en su investigación “Riesgo de asma en niños con sibilancias recurrentes, en dos hospitales del departamento de Lambayeque – Perú, durante agosto – diciembre del 2011” plantean que el Asma es una enfermedad cuya prevalencia es del 24% en el departamento

de Lambayeque. Objetivo: Determinar riesgo de asma en niños con sibilancias recurrentes, en dos hospitales del departamento de Lambayeque, durante el período Agosto – Diciembre del 2011. Material y Método: Estudio descriptivo transversal, muestreo por conveniencia. Tamaño muestral: 263 niños, calculada con prevalencia del 24%, 95% de confianza, y precisión absoluta de 5%; incluyendo los casos que cumplan los criterios de inclusión y carezcan los de exclusión, identificados mediante revisión de historias clínicas, y aplicación de un cuestionario, fundamentado en el Índice Predictor de Asma. Resultados: El 36% de los sibilantes recurrentes presentaron riesgo alto para asma. El 37,8% de la población del Hospital Regional Docente Las Mercedes, y 32,5% de la población del Hospital Provincial Belén de Lambayeque presentaron riesgo alto para asma. El 34,4% de la población de sexo femenino, y 37,9% de sexo masculino, presentaron riesgo alto de asma. El 41,7% de los niños mayores de dos años presentaron riesgo alto para asma. Conclusión: El 36% de los niños con sibilancias recurrentes de dos hospitales del departamento de Lambayeque, presentaron riesgo alto para asma; sin haber diferencia significativa en cuanto al sexo y a hospital.

2.2. Base teórica

DEFINICIONES DE ASMA BRONQUIAL

El incremento en los últimos años del asma bronquial en niños y adolescentes, y la diversidad en su presentación clínica han motivado la búsqueda de explicaciones etiológicas por parte de pediatras y alergistas. CORONEL (2003).

Según la ASOCIACIÓN MEXICANA DE PEDIATRÍA (2002), Aunque no hay duda que el asma bronquial tiene una base genética, y de que actualmente se hacen esfuerzos en dilucidar sus mecanismos, muchos factores han sido vinculados con su aparición; aunque los de naturaleza ambiental son las

más conocidas, se conocen también una serie de factores dietéticos que contribuyen en su origen como menciona RONA R. (2001): la suspensión de la lactancia materna antes del cuarto mes de vida, la alimentación con leche de vaca, la ablactación precoz, la introducción de huevo y mariscos en edades tempranas de la vida, entre otros. Para muchos el comportamiento epidemiológico del asma bronquial sólo puede tener explicaciones ambientales, pero es de suponer que algunos factores nutricionales están implicados.

El consumo de leche de vaca entera desde etapas tempranas de la vida se ha relacionado con la aparición de enfermedades alérgicas, por su alto contenido de proteínas heterólogas capaces de sensibilizar al niño desde temprana edad. En regiones donde la actividad fundamental es la ganadería, la leche de vaca es fácil de adquirir y su consumo comienza desde los primeros meses de vida, razón por lo cual probablemente se asocia con el asma. Aunque investigaciones recientes han demostrado que los infantes que llevan una dieta rica en calcio y magnesio tienen menos probabilidades de padecer asma, los niños entre 1 y 3 años necesitan 500 mg de calcio y 80 de magnesio y los ubicados entre 4 y 8 años requieren de 800 mg de calcio y 130 de magnesio. Aunque ambos nutrientes se encuentran en la leche, es necesario evitar la leche entera de vaca, por la posible sensibilización, recomendándose la leche evaporada, por la menor cantidad de proteína alergénica. Un litro de leche proporciona 1,300 mg de calcio y 140 de magnesio, aunque se pueden considerar otras fuentes como: yogurt, queso y vegetales. La asociación entre la soja y el asma se conoce desde 1989, cuando en el puerto de Barcelona ocurrió una epidemia de asma bronquial relacionada con la descarga de soja. Está demostrado que la soja produce hiperreactividad bronquial y se han identificado y caracterizado los antígenos responsables.

El efecto protector del consumo de frutas y vegetales, se debe a que contienen múltiples vitaminas como la A, C y E, y fotoquímicos que actúan

como antioxidantes exógenos, favorecen la producción de interferón gamma y pueden atenuar el daño del epitelio respiratorio que causan los radicales libres (O_2 y $H_2 O_2$) liberados por el eosinófilo activado en respuesta a la re exposición del alérgeno.

El niño debe consumir tres porciones de vegetales por día, los niños entre 1 y 6 años, una porción equivale a una cucharada de vegetales por cada año que tengan, los mayores necesitan una taza de vegetales. Un estudio señala que la ingesta de frutas frescas 5 a 7 veces por semana es un factor altamente protector contra el asma en los 12 meses previos, informa de la reducción de las crisis de asma, de asma severa, tos nocturna y tos crónica al comparar con niños que ingirieron fruta menos de una vez por semana. MOREIRA E, GARCÍA MC. (1997).

La vitamina A, además de tener efecto antioxidante, protege el epitelio de la vía respiratoria y tiene propiedades anti infecciosas. TOJO R, LEIS R. (2001) Su papel anti infeccioso puede reducir la aparición de las infecciones respiratorias que son consideradas un factor inductor del asma, ya que aumenta su intensidad e influye en el grado de inflamación. ASOCIACIÓN MEXICANA DE PEDIATRÍA (2002).

La enfermedad alérgica es un factor asociado a infecciones respiratorias y durante éstas se pierden grandes cantidades de vitamina A por excreción renal, este hecho favorece su deficiencia si no se reponen las pérdidas durante el episodio infeccioso, y da origen a las recurrencias de estas infecciones que a su vez influyen en la génesis del asma. TOJO R, (2001).

Muchas personas creen que los contaminantes son los principales culpables del asma en los niños. Sin embargo, los resultados de las investigaciones más recientes indican que esta enfermedad puede estar más relacionada con lo que los niños comen. El inicio de la ablactación antes del cuarto mes favorece la introducción de huevo, soya, mariscos y derivados del trigo son

alimentos capaces de causar alergias y asma en niños con predisposición genética. GUTIÉRREZ R, Graciela, DONATO R. (1996).

CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA.

El asma bronquial no sólo se caracteriza por las amplias variaciones en la expresión de la enfermedad, sino también por la frecuencia con la que se encuentran, en el mismo paciente, múltiples factores implicados. Es poco probable que un solo factor causal sea responsable de todas las alteraciones que acompañan al asma, aunque, por supuesto, un agente concreto puede ser el responsable de los síntomas en un momento de la evolución.

RACKEMANN (1918) introdujo los términos de asma extrínseca y asma intrínseca:

El Asma extrínseco incluye a pacientes en los que puede demostrarse una reacción antígeno-anticuerpo como desencadenante del proceso. Esta reacción antígeno-anticuerpo está mediada por IgE (asma extrínseco atópico), mientras que en otros casos generalmente de origen ocupacional no puede demostrarse una reacción de hipersensibilidad tipo I de Gell y Coombs (asma extrínseco no atópico).

El Asma intrínseco, se aplica a pacientes en las que no es posible detectar un antígeno concreto como causa precipitante. Tiene características propias que lo diferencian del extrínseco: Suele comenzar en la vida adulta, se asocia con pólipos nasales, sinusitis maxilar y presenta un curso crónico con frecuente necesidad de esteroides orales para su control.

-El Asma profesional u ocupacional: han descrito cuatro patrones de respuesta en este: Inmediata exclusiva, tardía exclusiva, dual, y nocturna recurrente durante varios días. Estos pacientes, suelen mejorar fuera de su lugar de trabajo, durante las vacaciones, fines de semana y períodos de

baja. Revisiones recientes describen posibles mecanismos patogénicos para el asma ocupacional, variando desde la simple reacción irritativa en pacientes con hiperactividad bronquial, a las reacciones antígeno-anticuerpo mediadas o no por IgE (por ejemplo, epitelios de animales, semillas y algunos compuestos de bajo peso molecular como isocianatos o resinas epoxi, inhalación de humos industriales, polvos y emanaciones que se encuentran en el lugar de trabajo. Es relativamente frecuente la aparición de crisis asmática en panaderos sensibilizados a la harina, carpinteros, soldadores y trabajadores de fábricas de poliuretanos en donde se manejan isocianatos o anhídridos trimelítico.

-El asma de esfuerzo o inducido por el ejercicio: provocada por la hiperventilación y el ejercicio, genera crisis asmática, el ejercicio es un estímulo natural y potente, capaz de provocar episodios de obstrucción bronquial aguda en cualquier paciente con asma, a través de mecanismos que no requieren de factores inmunológicos o farmacológicos. Muchos pacientes experimentan obstrucción de las vías aéreas por 5 a 20 minutos después de completar el ejercicio o en el curso del mismo, por un mecanismo que parece incluir el enfriamiento, la sequedad relativa de la vía aérea secundaria al aumento de la ventilación y la pérdida de calor de la vía aérea.

CLASIFICACIÓN SEGÚN EVOLUCIÓN CLÍNICA

Asma intermitente o episódica: si la enfermedad cursa con crisis de disnea con intervalos asintomáticos.

Asma crónico o persistente: Los síntomas son más o menos permanentes y sostenidos con exacerbaciones periódicas.

CLASIFICACIÓN SEGÚN EDAD

Asma del lactante. La gran mayoría son de origen viral, por los mismos virus que causan las bronquiolitis.

Asma de la edad escolar. Afecta sobre todo a varones, y se asocia con alergia a neumoalérgenos en la mayor parte de los casos.

Asma inducido por los ejercicios en edad escolar.

Hasta un 90% de los niños asmáticos presentan síntomas cuando hacen ejercicio. Es lógico que el humo de un cigarrillo y el polen desencadenen síntomas de asma pero, ¿por qué el ejercicio?

Se cree que la principal causa de asma inducida por el ejercicio, es el aire frío y seco que penetra en los pulmones al hacer ejercicio. Cuando su hijo hace ejercicio o juega intensamente, tiende a respirar superficial y rápidamente por la boca. Eso hace que el aire que penetra en los pulmones pierda el efecto de calentamiento y humidificación del aire cuando se respira más despacio y por la nariz.

Los niños con asma inducida por el ejercicio suelen comenzar a experimentar los síntomas entre 5 y 10 minutos después de empezar el ejercicio. Los síntomas suelen alcanzar su punto álgido entre 5 y 10 minutos después de acabar la actividad, y pueden tardar una hora o más en calmarse. Algunas personas con asma inducida por el ejercicio presentan síntomas incluso varias horas después de haber concluido el ejercicio. Aunque los síntomas suelen aparecer cuando el niño está en movimiento, a veces aparecen únicamente después de haber terminado la actividad.

Síntomas

- se queda sin aliento o se cansa fácilmente durante o después del ejercicio;
- tose cuando entra a un lugar después de haber jugado fuera;
- no puede correr unos cuantos minutos sin pararse.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CURSO DEL ASMA

Estudios respecto a la historia natural de la enfermedad, impresionan que los síntomas disminuyen e incluso desaparecen con el paso de los años. No hay datos que sugieran que la enfermedad tenga que progresar de un modo continuo, aunque pueden observarse subgrupos de pacientes en los cuales la obstrucción empeora progresivamente sin encontrarse factor al que no que lo justifique ni nada que permita identificar de entrada el asma que se comportará de esa manera, aproximadamente la cuarta parte de pacientes con asma quedarán libres de síntomas en los 2 años siguientes al diagnóstico. McNickol demostró, en niños afectados por asma bronquial severa, que a los 5 años habían mejorado los síntomas en un 65%, mientras que solo el 14% había empeorado.

EDAD: La mayoría de los niños que padecen asma desde los primeros años de vida tienen un buen diagnóstico. Willians estudió a un grupo de niños de 10 años de edad que tuvieron asma antes de los 2 años y de los cuales solo un 15% presentaba síntomas. Al parecer, el inicio del asma antes de los 6 meses de vida implica un peor pronóstico. Bróker comprobó que la revisión de los síntomas en adultos después de 5 años de iniciada la enfermedad ocurre sólo en el 17%, en comparación con un 24% en los niños menores de 16 años.

SEXO: Habitualmente el asma es mucho más severa en el varón que en la mujer y la persistencia también es más frecuente en el varón después del diagnóstico de la enfermedad.

ALIMENTACIÓN

- Factores nutricionales en la génesis del asma

Nuevos factores de riesgo e hipótesis explican el incremento del asma y otras enfermedades atópicas vinculadas con la nutrición (introducción de

alimentos sólidos, obesidad, consumo de prebióticos y probióticos, ácidos grasos poliinsaturados, etc.). Por tal razón, destacan como medidas preventivas más importantes, la dieta de la madre en el último trimestre del embarazo y la del lactante en los primeros meses de vida. PÉREZ M. (2008) refiere cierta evidencia de que la lactancia materna exclusiva, al menos por cuatro meses, a diferencia de la fórmula de leche de vaca, previene o retarda el desarrollo de dermatitis atópica, alergia a la proteína de leche de vaca y las sibilancias tempranas. GDALEVICH M, MIMOUNI D, MIMOUNI M. (2001).

Las fórmulas parcial o extensamente hidrolizadas, utilizadas para complementar la lactancia materna, reducen el riesgo de sensibilización alérgica y dermatitis atópica en niños de alto riesgo, al compararlas con las fórmulas lácteas convencionales. Sin embargo, este beneficio no se ha demostrado para asma bronquial. THYGARAJAN A, BURKS AW. (2008)

La duración de la lactancia materna por menos de cuatro meses es un factor de riesgo por varias razones: a) favorece la introducción de la leche de vaca en etapas tempranas de la vida, considerada factor predisponente, por su alergenicidad; b) se asocia a un mayor número de infecciones, lo que conlleva al uso temprano de antibióticos, c) acelera el inicio de la ablactación e introducción de alimentos alergénicos. ASOCIACIÓN MEXICANA DE PEDIATRÍA (2002).

El empleo de ciertas fórmulas parcialmente hidrolizadas en niños de alto riesgo que no puedan recibir lactancia materna ha demostrado ser protector contra el eccema atópico durante los primeros tres años de vida, pero no contra el asma bronquial. VON BERG A, y colab. (2008).

Además de la proteína de leche de vaca, los alérgenos alimentarios prevalentes en múltiples investigaciones son: soya, huevo, harina de trigo y maní. Particularmente se debe resaltar que hasta el 20% de los niños

alérgicos a la leche de vaca, lo son también a la soya. SAMPSON H, LEUNG D. (2008).

El efecto protector del consumo de frutas y vegetales se relaciona con su alto contenido de vitaminas como la A, C y E, y de fotoquímicos que tienen efecto antioxidante, por ello pueden atenuar el daño del epitelio respiratorio que causan los radicales libres (O_2^- y H_2O_2) liberados por el eosinófilo activado durante la inflamación alérgica. Un estudio señala que la ingesta de frutas frescas 5 a 7 veces por semana, es un factor altamente protector contra el asma en los 12 meses previos, informa de la reducción de las crisis de asma, de asma severa, tos nocturna y tos crónica, al comparar con niños que ingirieron fruta menos de una vez por semana. MOREIRA E, GARCÍA MC (1997). La vitamina A, además de tener efecto antioxidante, protege el epitelio de la vía respiratoria y tiene propiedades antiinfecciosas que pueden reducir la aparición de las infecciones respiratorias, potencial factor inductor del asma. CORONEL C, CARLOS (2005).

Los ácidos grasos omega-3 tienen un papel antiinflamatorio in vitro, mediado por la disminución de derivados del ácido araquidónico. Aunque en un estudio la suplementación pre y posnatal no pudo lograrse la prevención de la sensibilización alérgica y las sibilancias a la edad de 3 años, otro estudio más pequeño y con suplementación sólo prenatal consiguió disminuir la incidencia de eccema y sensibilización al huevo.

POLUCIÓN ATMOSFÉRICA: La polución desempeña un papel importante en la agravación del asma, la naturaleza de los elementos polucionantes implicados está todavía por aclararse "días de asma". En 1948, en Pensilvania, durante unos días en que la polución atmosférica fue especialmente elevada, hubo muchísimas crisis de asma; concretamente se cifró en un 90% el número de asmáticos que acusaron síntomas. La relación entre el "smog" de Londres de 1952 y el aumento de mortalidad, especialmente en personas de edad avanzada, fue uno de los primeros

episodios que relacionaron la contaminación ambiental con la patología respiratoria. En estudios recientes se sigue calificando a la contaminación ambiental como factor de riesgo de asma aunque no como responsable del incremento de su prevalencia sino como factor contribuyente a la aparición de crisis. Estudios experimentales demuestran que pequeñas cantidades de SO₂ aspiradas pueden causar broncoespasmo, pero en una ciudad española altamente contaminada como Cartagena, la evolución anual de contaminación no guardó relación con el número de niños atendidos por asma en urgencias del hospital: esta demanda urgente siguió más un patrón estacional, con picos en octubre-noviembre y mayo. Cabe precisar que un mayor número de urgencias o ingresos no implica necesariamente una mayor prevalencia.

CLIMA: los cambios influyen en el curso del asma y cualquier tipo de climatología puede afectar a los asmáticos, sobre todo los climas húmedos o muy calurosos, se recomienda que los asmáticos vivan en zonas con clima seco. Hay pacientes que refieren trastornos en relación con los cambios climáticos, en algunos simplemente el aire frío puede dar lugar a crisis. Los cambios en la humedad y la temperatura del aire inspirado influyen también en la acción broncoconstrictora de la hiperventilación; cuanto más seco y frío es el aire inspirado, más fácilmente se desarrolla el broncoespasmo. Una teoría reciente relaciona todos estos hechos, viendo en la acción que ejercen la hiperventilación, el grado de humedad y la temperatura un mecanismo común relacionado con la pérdida de calor en el árbol bronquial y el consiguiente enfriamiento de la mucosa; éste sería el estímulo final y común responsable de la aparición de la broncoconstricción.

HABITOS NOCIVOS: Las definiciones de fumador pasivo pueden ser muy diferentes y la función pulmonar en reposo puede no manifestar las diferencias que se producirían en otro tipo de situaciones de provocación. Estudios recientes y mejor controlados destacan la relación entre padres fumadores y síntomas respiratorios relacionados con el asma, siendo esta

relación más estrecha en niños más pequeños. En estudios se ha puesto de manifiesto que el hábito de fumar de la madre, no así el del padre, tiene una influencia importante sobre la variabilidad de los mesoflujos pulmonares en niños de 11 años y sobre los síntomas relacionados con el asma mayor que otros factores, como el área de contaminación en la que viven o el nivel socioeconómico. El riesgo de síntomas asmáticos en hijos de madres fumadoras fue aproximadamente de 1.25, coincidiendo con otros, el tabaquismo materno puede provocar, incluso intraútero, una alteración de la elastina en el pulmón en desarrollo, reduciendo la cantidad de ésta y provocando cambios que podrían llegar a ser permanentes. El hábito de fumar de la madre durante el embarazo es un factor de riesgo independiente de la existencia de fumadores en la casa tras el nacimiento (incluida la madre).

INFECCIÓN: La presencia de bronquitis en niños asmáticos es once veces superior que en los controles, al parecer, la presencia de bronquitis por sobreinfecciones de la infancia incrementan la persistencia del asma después de los 15 años. La persistencia de la bronquitis infecciosas en los asmáticos adultos es superior que en los niños y ello concuerda con lo dicho anteriormente respecto a la persistencia del asma en niños y adultos. Las infecciones respiratorias son una causa desencadenante de crisis, un catarro banal puede motivar la aparición de dificultades respiratorias. Recientemente se ha observado que las infecciones víricas son responsables de algunas agudizaciones asmáticas, siendo en cambio muy poco importante el papel de las bacterias.

EMOCIÓN: Las emociones intensas pueden provocar agudizaciones asmáticas. También la preocupación o angustia que crea la dificultad respiratoria condiciona a veces un empeoramiento de las crisis iniciadas por cualquier otro desencadenante. A pesar de la existencia de una “personalidad asmática”, no parece haber diferencias caracterológicas importantes entre una población asmática y otra no asmática. Hay que ser

cautos en el empleo de tranquilizantes en pacientes asmáticos con agudizaciones graves y que muestran nerviosismo o ansiedad, ya que en estos casos se puede agravar la insuficiencia respiratoria.

ALERGIA: es un factor más en el desencadenamiento de episodios de asma bronquial. La unión antígeno-anticuerpo provoca la eliminación de diversas sustancias que se encuentran en el interior de los mastocitos (histaminas, SRS-A, serotonina, etc.), responsables de los cambios bronquiales que provocan la obstrucción. Este grupo de asmáticos presenta con frecuencia una historia de rinitis alérgica, eccema en la infancia e historia familiar con varios parientes afectados de estos trastornos, esta predisposición familiar es lo que ha venido llamándose pacientes asmáticos alérgicos atópicos.

Cuando se trata de asmáticos en los que interviene la Ig G en vez de la Ig E, se les llama asmáticos alérgicos no atópicos, motivada por el contacto con sustancias que se encuentran de forma habitual en el medio ambiente, tales como pólenes de plantas, ácaros del polvo doméstico, caspa y pelo de animales. Existen alérgicos a pólenes (inicio de la primavera y floración de árboles y plantas), alérgicos a ácaros del polvo de las casas, que aquejan disnea al mover la ropa, libros o, simplemente, por polvo levantado al barrer. Otros reaccionan al contacto con algún animal doméstico (gatos, perros, pájaros, etc.).

Los alergenos en su mayoría son proteínas hidrosolubles, muchos de ellos con actividad enzimática. Las personas alérgicas a esta(s) proteínas presentan una respuesta de hipersensibilidad inmediata contra ellas, que incluyen un incremento en la producción de anticuerpos IgE y linfocitos T del fenotipo TH2. Las provocaciones bronquiales realizadas en el laboratorio con estas proteínas (en general tan solo unos dos minutos de inhalación) dan lugar a los pacientes con asma alérgico (80% de la población asmática) a un broncoespasmo inmediato (en los 30 minutos siguientes) seguidos de una respuesta inflamatoria en las vías aéreas, rica en eosinófilos, que puede

durar hasta 36 horas y que produce un incremento de la hiperreactividad bronquial. En otras palabras, los alérgenos son capaces de producir en pacientes susceptibles, inflamación bronquial, hiperreactividad bronquial y broncoespasmo, que son los tres hallazgos que caracterizan el asma bronquial. Los alérgenos más prevalentes son los intradomiciliarios como el ácaro del polvo, los derivados de hongos, cucarachas, perro y gato. SÁNCHEZ BORGES M, y colab. (2003).

Cinco desencadenantes alérgicos del asma más importantes:

- **Ácaros del polvo doméstico.** El principal alérgeno del polvo doméstico permaneció en la oscuridad hasta 1967 en que fue sugerido como la más importante fuente de alergia del polvo doméstico estaba formada por ácaros del polvo pertenecientes al género *Dermatophagoides*. El ácaro del polvo doméstico es un microscópico arácnido de unas 300 micras que vive en las alfombras y tapizados de los muebles pero sobre todo en la almohada, colchón y ropa de la cama, ya que ahí encuentra los tres factores que necesita, humedad y calor (procedente de la transpiración del paciente cuando duerme) y comida (escamas de piel humana). Las partículas fecales producidas por estos ácaros son su principal fuente de alérgenos. Cada ácaro produce unas 20 partículas fecales cada día. Estas partículas continúan ocasionando síntomas alérgicos incluso tras la muerte del ácaro.

Cada ácaro hembra puede poner de 20 a 50 huevos, produciendo una nueva generación cada tres semanas. Los ácaros (vivos y muertos) pueden encontrarse por centenares por cada gramo de polvo doméstico, especialmente en el colchón, almohada y ropa de la cama. Los miembros de la familia *Dermatophagoides*, el *D. pteronyssinus* y *D. farinae* son los dos ácaros alérgicos del polvo doméstico más importantes tanto en Europa como en Norte América, siendo reconocida la exposición a los ácaros del polvo doméstico como un factor de riesgo muy importante para el asma bronquial, se encuentran entre 100 a 500 ácaros por gramo del polvo. Los

niveles de los ácaros del polvo doméstico varían con el clima, estación del año y tipo de muebles, no obstante el factor que más influencia en el crecimiento de los ácaros es la humedad.

La introducción en los últimos 50 años de cambios en la forma de construcción de las casas y en los hábitos de limpieza ha potenciado la proliferación de los ácaros del polvo doméstico, encontrándose dentro de estas:

- Uso de moquetas, el uso de aspiradores en lugar de la limpieza de alfombras mediante la sacudida fuera de las ventanas, probablemente haya incrementado el nivel de alérgenos de los ácaros en el interior de las casas, pues estos en su mayoría son aerosolizados cuando se pasa la aspiradora. Además el aspirado no es efectivo para extraer eficazmente los ácaros de la ropa de la cama, tapizados, alfombras o moquetas.
- Uso de calefacción central en las construcciones modernas, en lugar de fuentes de calor local, permite que en todos los lugares de la casa existan condiciones de temperatura y humedad óptimas para el crecimiento de los ácaros.
- Las casas modernas con sus sistemas centralizados de ventilación y humidificación para ahorrar energía, potencian la mayor infestación por ácaros del polvo doméstico.
- Introducción de detergentes utilizados en agua fría para limpiar la ropa de la cama ha potenciado también el crecimiento de ácaros del polvo doméstico, ya que a estos solamente puede matarlos el agua caliente.
- La invasión de TV en las últimas décadas ha propiciado un incremento considerable en el tiempo que se permanece dentro de la casas y por tanto

un incremento en la exposición a los antígenos de los ácaros y otros alérgenos del interior de las viviendas.

- **Las cucarachas.** Los alérgenos procedentes de cucarachas son causa importante de rinitis y asma alérgica, la capacidad de los alérgenos de cucarachas para estimular la formación de anticuerpo IgE específicos se ha demostrado mediante pruebas cutáneas a punto final y estudios de RAST. Mediante tests de provocación bronquial se ha evidenciado una relación causal entre la sensibilidad a la cucaracha y la capacidad de este alérgeno de inducir broncoespasmo. Así como una correlación significativa entre hospitalizaciones por asma y presencia de pruebas cutáneas y niveles altos de antígenos de cucaracha en el polvo de las casas de los pacientes. Los alérgenos de las cucarachas se encuentran habitualmente en cajones y suelo de las cocinas. La exposición es alta en casas de apartamentos, viviendas de baja calidad y/o antiguas. La eliminación de la infestación por cucarachas suele necesitar intensas y repetitivas maniobras de exterminio, las cuales requieren el uso de sustancias químicas irritantes y tóxicas como los insecticidas órgano fosforados, aunque algunos estudios no han encontrado que la desinsectación del apartamento, disminuya de una forma eficaz el contenido de alérgenos de cucaracha del interior de la vivienda.

- **Los animales.** Los animales domésticos especialmente perros y gatos son causa frecuente de reacciones alérgicas en personas con rinitis o asma alérgica, los animales de pelo o plumas incluyendo cobayas, hámster y conejos; son capaces de inducir reacciones mediadas por IgE. Los alérgenos proceden de plumas de los pájaros presentes en casa como animales domésticos, de plumas de los rellenos de colchones, mantas y/o sillones. Los pacientes alérgicos al perro y al gato pueden presentar síntomas agudos de asma a los pocos minutos de entrar en viviendas donde habitan animales. El tratamiento de elección para la alergia a los animales es la evitación, incluyendo la desaparición del animal del interior de la casa. Sin embargo, las concentraciones de alérgeno de gato disminuyen muy

lentamente después de que el gato se haya retirado de la casa, hasta 4 meses después se obtienen niveles similares a los que se encuentran en casas donde nunca hubo gatos.

- **Los pólenes.** Los alérgenos de pólenes que desencadenan asma, corresponden a los procedentes de árboles y plantas que polinizan a través del aire (polinización anemófila) y no a través de los insectos (polinización entomófila). Cada especie tiene su específico periodo de floración y polinización, depende de la climatología a su vez condicionada por la latitud y altitud. A pesar que el tamaño de los granos de polen es aparentemente muy grande como para poder alcanzar con facilidad las vías aéreas intrapulmonares, la relación existente entre concentraciones de pólenes y presencia de síntomas de asma es más que evidente. Los pacientes con asma polínica pueden presentar agudizaciones bruscas y recortadas sólo durante periodos muy específicos del año. Las medidas de evitación se basan principalmente en mantenerse durante el pico de polinización el mayor tiempo posible en el interior de las casas con las ventanas cerradas siendo útil el uso de aire acondicionado con filtros tanto en casa como en el coche.

- **Los hongos del exterior.** crecen en las plantas y vegetación en descomposición presentes en el suelo, principalmente en comunidades rurales y granjas donde se almacena heno. Las concentraciones de hongos se ven afectadas por la temperatura, el viento, la lluvia y la humedad. La lluvia puede temporalmente disminuir los recuentos de esporas de hongos, pero éstos rápidamente ascienden cuando finaliza. Generalmente es durante el verano y otoño cuando se encuentra el máximo pico de esporas. Las medidas para reducir la exposición a las esporas de hongos del exterior incluyen el permanecer en el interior de las casas el mayor tiempo posible y el mantener bien cerradas las ventanas de la vivienda y del coche. Esto es posiblemente debido a que las esporas de hongos son más pequeñas que

los granos de polen y por tanto éstas pueden penetrar con mayor facilidad en las vías aéreas intrapulmonares.

La cantidad de hongos en el interior de las viviendas depende de varios factores, incluyendo la antigüedad de la casa, materiales aislantes utilizados, sistema de calefacción y el uso de humidificadores y acondicionadores de aire; la oscuridad, la humedad y la falta de ventilación favorecen el crecimiento de los hongos; a cocina y el cuarto de baño suelen ser los lugares más contaminados por hongos; la calefacción central y los sistemas de humidificación y refrigeración también son fuentes potenciales de crecimiento de hongos, aunque el aire acondicionado generalmente reduce la humedad y por tanto el crecimiento de hongos.

Pueden encontrarse formando parte del polvo doméstico presente en las alfombras, ropa de la cama y muebles, las medidas utilizadas habitualmente para reducir las concentraciones de los ácaros del polvo doméstico suelen ser la mejor solución para eliminar las esporas del interior de las casas; la instalación de deshumidificadores en el sótano y la utilización de aire acondicionado en el dormitorio y sala de estar también son medidas útiles. Si la vivienda del paciente presenta un sótano o planta baja húmeda, debe recomendarse que les sean instalados adecuados sistemas de drenaje y que las mantengan libre de alfombras o moquetas.

- **Desencadenantes no alergénicos del interior de la vivienda.** La exposición pasiva al humo del tabaco representan un factor de riesgo para los pacientes asmáticos tanto alérgicos como no alérgicos, estudios realizados en niños, han demostrado empeoramiento de síntomas de asma como consecuencia de tabaquismo de la madre. El humo procedente de los sistemas de cocina y calefacción de gas (NO₂) y de leña también producen efecto negativo en las vías respiratorias. Los olores fuertes (pinturas, sprays domésticos de limpieza, spray insecticidas, humos de cocina y colonias) pueden iniciar o agudizar los síntomas de asma en algunos pacientes.

- **Bajo nivel socioeconómico.** Involucran estilos alimentarios precarios, hacinamiento e higiene de las viviendas, así como el material de construcción de la vivienda, entre otros.

ESTILOS DE VIDA

Diversos autores que definen estilos de vida, pudiendo mencionarse a:

Adler (1929) señala que “cada persona desarrolla un estilo de vida cuyas bases se establecen en los primeros años de vida refiriéndose a la configuración de las características que constituyen sus identidad es decir; que el sujeto organiza a inicios de su existencia formas peculiares de percibir, evaluar, sentir y actuar.

Dunca Pendersen: Define estilos de vida como “manifestaciones de dimensión colectiva y social determinados y modelados a su vez por el contexto social, económico y cultural.

A. Font: Conceptualiza estilos de vida como “la valoración subjetiva que el paciente hace de diferentes aspectos de su vida con relación al estado de salud, en los diferentes aspectos del funcionamiento físico, psicológico, social y los síntomas de la enfermedad.

Weber: Manifiesta que estilos de vida “es una forma de diferenciación social que cuenta con dos componentes; las condiciones estructuradas (oportunidades de vida) y las opciones personales (conductas de vida) es decir considera a los estilos de vida como oportunidades y conductas de vida.

Who: (1998) Menciona que “los estilos de vida incluyen patrones de comportamiento específicos que inciden en el bienestar del individuo actuando como factores de protección o de riesgo para la salud; además de

intentar modificar las condiciones sociales con las que interactúa para producir y mantener patrones de comportamiento saludable.

Organización Mundial de la Salud: define a los estilos de vida como un conjunto de patrones de comportamiento identificable y relativamente estable en el individuo o en una sociedad determinada, dicho estilo de vida resulta de la interacción entre las características individuales, la interacción social y las condiciones de vida socioeconómica y ambiental en la cual vive la persona.

Estilos de Vida no saludables.

Considerada como un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, y que son nocivas para la salud. En los países sub desarrollados los estilos de vida poco saludables son los que causan la mayoría de las enfermedades así tenemos:

Estilos de vida saludables

Definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

DE LA CRUZ SÁNCHEZ E., PINO ORTEGA J. (2011). Plantean que el estilo de vida saludable es un conjunto de patrones de conductas relacionados con la salud, determinado por las elecciones que hacen las personas de las opciones disponibles acordes con las oportunidades que les ofrece su propia vida. De esta forma, el estilo de vida puede entenderse como una conducta relacionada con la salud de carácter consistente (como la práctica habitual de actividad física) que está posibilitada o limitada por la situación social de una persona y sus condiciones de vida. La transición

epidemiológica de enfermedad aguda a enfermedad crónica, como principal causa de mortalidad en nuestra sociedad, ha hecho importante el estudio del estilo de vida relacionado con la salud en la actualidad.

Durante los años 80, el estudio del estilo de vida alcanzó un elevado protagonismo en el ámbito de las ciencias biomédicas, debido a que, tras el informe Lalonde, se determinó la importancia de los hábitos de vida y sus determinantes sobre la salud de las personas, definiendo que el estilo de vida, en el ámbito de las ciencias de la salud, podría considerarse como el “conjunto de decisiones de las personas que afectan a su salud y sobre las cuales ellas tienen más o menos control”.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) aportó una definición más concreta de estilo de vida relacionado con la salud, acordando, durante la XXXI Reunión del Comité Regional para Europa, que es "una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales" . Hasta entonces, desde distintas áreas de conocimiento se habían estudiado diferentes variables relacionadas con el estilo de vida. Prevalecía la idea de que el estilo de vida tenía un carácter fundamentalmente voluntario, aunque en la actualidad cobra fuerza la idea de que existen muchas variables de índole muy diversa que vienen a conformar el fenómeno que denominamos estilo de vida y es que las conductas habituales y elecciones están limitadas a las oportunidades vitales que ofrecen el contexto y las condiciones estructurales de vida. Componentes y determinantes del estilo de vida relacionado con la salud De forma sinónima vienen a utilizarse los conceptos “hábitos de vida”, “estilo de vida” y “estilo de vida relacionado con la salud” refiriéndose, esta última acepción, a aquellas conductas habituales que se ha demostrado ejercen una influencia en la salud de los individuos (como el tabaquismo, la cantidad de actividad física habitual, alimentación, etc.)

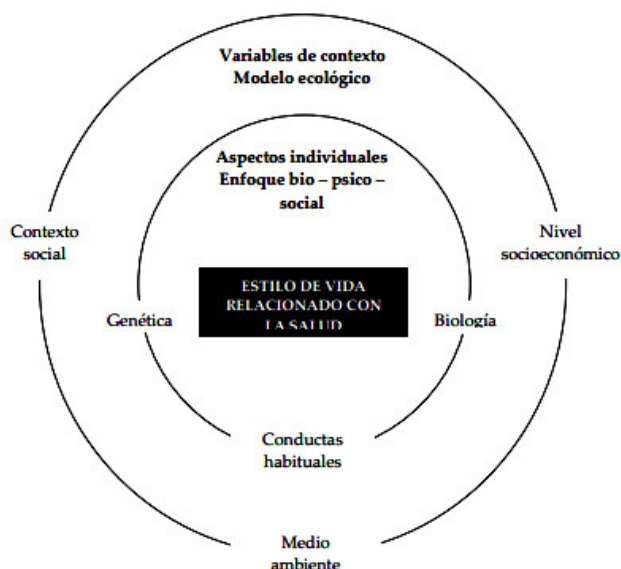
Según ELLIOT E. (1993). El estilo de vida relacionado con la salud está caracterizado por:

- Poseer una naturaleza conductual y observable. Desde este punto de vista, actitudes, valores y motivaciones no forman parte del mismo, aunque pueden ser sus determinantes.
- Continuidad de estas conductas en el tiempo, persistencia, “hábito”.
- Asociación y combinación entre conductas de forma consistente.

Los determinantes del estilo de vida relacionado con la salud son diversos y su estudio puede abordarse desde dos perspectivas bien distintas:

La primera, en la que se valoran factores que podríamos denominar individuales y en la que los objetos de estudio son fundamentalmente aspectos biológicos, factores genéticos y conductuales, así como características psicológicas individuales.

La segunda considera aspectos sociodemográficos y culturales, y desde ella se estudia la influencia de factores como el contexto social, económico o el medio ambiente, es decir, diferentes elementos del entorno.



Definición de hábitos de vida: los hábitos de vida son el conjunto de conductas adaptativas que conforman el estilo de vida y que dependen y están determinadas por la relación entre las características biopsicosociales y el contexto ecológico

Durante el desarrollo humano se establecen múltiples transacciones entre ambos contextos y se establecen patrones adaptativos de conducta, anteriormente denominados hábitos de vida que conforman en conjunto el “estilo de vida relacionado con la salud”.

Factores individuales y la salud de los individuos:

- **Genética y biología:** nuestro genoma se adapta al ambiente y circunstancias de la evolución, una alteración de las mismas, supone un desfase de nuestra herencia genética respecto al ambiente, desfase que habría propiciado la aparición de problemas de salud como la obesidad u otras patologías, en trabajos epidemiológicos, existen evidencias de cierta relación entre nuestra adaptación como especie y el riesgo de padecer enfermedades ligadas a un estilo de vida incoherente con nuestro organismo. CAMPILLO-ÁLVAREZ J. (2004), manifiesta que el sexo y otras características biológicas pueden ser también determinantes de la salud: cierto tipo de tumores son más frecuentes en un sexo que en otro y la enfermedad cardiovascular es más frecuente en hombres jóvenes que en mujeres de su misma edad, así como la incidencia de otras patologías es distinta en función del sexo. Las mujeres, además, viven más años pero con menor calidad de vida y presentan mayor grado de dependencia en edades avanzadas, además de utilizar en mayor medida los servicios sanitarios en nuestro país debido a que padecen con más frecuencia enfermedades crónicas.

- **Conductas habituales:** pueden condicionar la salud de los sujetos. Una alimentación adecuada a las propias necesidades energéticas y la adopción de una dieta equilibrada y variada se considera como un elemento fundamental para preservar la salud de los individuos. AGENCIA ESPAÑOLA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA (2005). La alimentación es un factor que influye no sólo en el desarrollo de la obesidad y patologías asociadas como hipertensión, hipercolesterolemia e hiperuricemia, diabetes tipo II y enfermedad cardiovascular, sino también en la predisposición a desarrollar tumores. Otras conductas como el tabaquismo, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas o el uso de estupefacientes tienen como resultado la aparición de problemas muy diversos de salud. La actividad física habitual junto a la alimentación, son las conductas con

mayor relevancia para el mantenimiento de la salud, independientemente de otros factores como el sexo o la edad.

Factores sociodemográficos y culturales: variables de contexto que más frecuentemente se abordan en los estudios relacionados con el estilo de vida y la salud pública:

- **Entorno afectivo próximo:** Las relaciones sociales vienen a determinar, en gran medida, la adopción de gran parte de nuestras conductas habituales, es muy frecuente que ciertos hábitos de vida nocivos para la salud se desarrollen en grupo, tal y como el consumo de alcohol y de tabaco. La alimentación es un factor determinado por el contexto social, económico y familiar, encontrando que existe agregación familiar en la prevalencia de obesidad o en los patrones habituales de actividad física. Ciertos aspectos sociales inciden de forma muy significativa en la salud, de esta forma, el estatus grupal se relaciona directamente con la capacidad de respuesta del sistema inmune y otras variables, tanto en personas como en otros mamíferos. SAPOLSKY R. (2007). Una apreciación que es necesaria realizar es que los niños dependen fundamentalmente de su familia, que determina el ambiente afectivo, social y físico, así como las características y temporalidad de sus experiencias vitales. El rol central del núcleo afectivo hace imprescindible su estudio como un componente esencial de la salud infantil.

- **Aspectos sociales y económicos:** se ha estudiado la influencia de variables socioeconómicas, encontrando que, en función del nivel de ingresos, se establece el riesgo de desarrollar ciertas patologías ya que parece que los conceptos pobreza y enfermedad están estrechamente vinculados, no guardando relación este fenómeno con la posibilidad de contar con atención sanitaria básica, ya que muchos de estos trabajos se realizan en países en los que la cobertura sanitaria es universal y gratuita. No es tan determinante el hecho de tener unos ingresos concretos como el hecho de que existan diferencias acentuadas perceptibles en un mismo entorno. Dicho de otro modo, para nuestra salud es más negativo “sentirse pobre” que “ser pobre”. DEMAkakos P, NAZROO J, BREEZE E, MARMOT M. (2008).

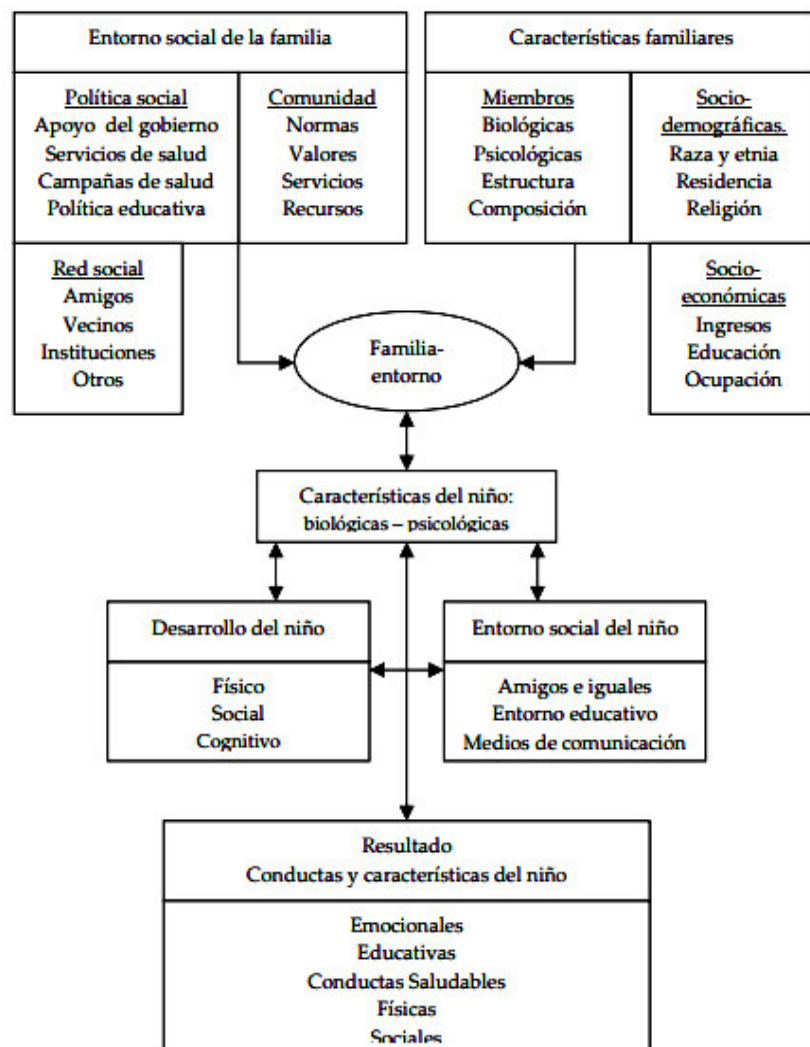
- **Nivel educativo:** se comporta de forma similar al nivel de ingresos, ciertas enfermedades son más comunes entre las personas con pocos estudios mientras que otras tienen mayor prevalencia entre aquellos con más formación académica, como la esclerosis múltiple. Ambos factores, económico y educativo, no sólo afectan a la morbilidad sino también, consecuentemente, a ciertos factores de riesgo, ya que además de tener peor salud y más problemas crónicos que pueden degenerar en enfermedades graves, como las cardiovasculares. Estos aspectos pueden guardar relación con los resultados similares que obtienen trabajos desarrollados en otros grupos de personas con características especiales, como las minorías étnicas o los inmigrantes, en los que la exclusión social que suelen padecer, que va unida a un peor estatus socioeconómico, redundando en detrimento de su salud. RAMOS M, GARCIA R, PRIETO M, MARCH J. (2001).

- **Características del entorno que se habita.** Residir en un determinado contexto hace que las características del mismo influyan no sólo en la salud, sino en ciertos aspectos del estilo de vida y las relaciones sociales. En estudios en animales sociales, las posibilidades que ofrece el entorno de residencia hacen que ciertas poblaciones muestren conductas y formas de relación muy distintas entre sí que influyen directamente en su salud y bienestar. En los entornos más hostiles para la supervivencia, con carencias materiales o estructurales básicas, se observan mayor número de conductas menos saludables y menor cooperación, lo que hace que existan más presiones y estrés, mientras que en otros lugares más acogedores las relaciones son significativamente más saludables, pacíficas y distendidas. Los contextos de residencia pueden llegar a condicionar nuestro estilo de vida y relaciones sociales, así por ejemplo, los núcleos rurales parecen ser lugares en los que acceder a ciertos servicios básicos como la sanidad u otras prestaciones puede ser más difícil debido a la dispersión geográfica y en ellos es más frecuente que las personas tengan más problemas de salud o un peor estilo de vida como ser físicamente inactivas RUTTEN A, Y COLAB. (2001), aunque esto puede deberse, fundamentalmente, a aspectos económicos, así como relacionarse con las condiciones laborales o la percepción de falta de oportunidades, tanto o más que a las condiciones de carestía real que podrían darse en algunas zonas.

Pareciera que es tan importante o más la propia percepción de privación material que la carestía en sí misma, es decir, es más perjudicial carecer de algo cuando las

personas son conscientes de que carecen de ello. Sin embargo en esas circunstancias las redes sociales y familiares pueden ser más densas, lo que puede ser un elemento muy positivo para la salud de las personas y muy adecuado para el desarrollo infantil, debido a esas mismas y otras características. GLENDINNING A Y COLAB. (2003).

- **Determinantes medioambientales:** Las condiciones del entorno pueden determinar la salud de las personas; de hecho, el deterioro de ciertas condiciones ambientales aumenta la prevalencia de problemas de salud, siendo objeto especial de estudio debido a la importancia del mismo en los hábitos de vida y la salud de las personas; de esta forma, existen diferentes trabajos que demuestran que es posible realizar una planificación urbana saludable que propicie un estilo de vida más activo. GOLDMAN L, COUSSENS C. (2004).



Importancia del contexto y el entorno afectivo en la salud infantil

- **Estilo de vida en la edad escolar:** Los componentes del estilo de vida relacionado con la salud en la población escolar este grupo de edad. La infancia es un período de desarrollo físico y personal de alta vulnerabilidad física y psicosocial, lo que hace imprescindible el establecimiento de programas de prevención de la salud a medio y largo plazo, ya que es en estas edades donde, además, se da una respuesta más positiva a los factores protectores y a las campañas de hábitos de vida saludable, como veremos posteriormente. Normalmente, en nuestro país, la investigación epidemiológica en estas edades suele contar con menos difusión que los estudios en los que se determinan los factores de riesgo en la población adulta, principalmente debido a que el peso relativo poblacional de este colectivo es escaso y a que los índices de mortalidad y morbilidad infantil vienen mejorando progresivamente desde hace décadas. COLOMER-REVUELTA C. Y COLAB. (2004).

Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

La estrategia para desarrollar estilos de vida saludables es en un solo término el compromiso individual y social convencido de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona.

Se puede concluir que los estilos de vida son un conjunto de patrones, comportamientos específicos del individuo o en una sociedad, que influyen en la salud de la persona actuando como factores de protección o de riesgo para la salud; consiste en permitir y fomentar que los individuos cambien su estilo de vida, cuando estos suponen factor de riesgo para la salud, además de producir y mantener patrones de comportamiento saludable en las dimensiones biológico, psicológico y social.

En esta forma podemos elaborar un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida como prefiero llamarlos, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales - espirituales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano.

Algunos de estos factores protectores o estilos de vida saludables podrían ser:

- Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción.
- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar.
- Tener satisfacción con la vida.
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- Capacidad de autocuidado.
- Seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión, alergias y diabetes.
- Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio.
- Comunicación y participación a nivel familiar y social.
- Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros.

CONSEJOS DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES PARA LAS PERSONAS ASMÁTICAS:

Dada la relación creciente del asma y su relación con el estilo de vida, cabe preguntarse ¿qué podemos hacer para controlar el asma?. Con motivo del Día Mundial del Asma, el Médico Díaz Lobato aclaró primero que no es necesario un conocimiento científico avanzado, sino la **adquisición de hábitos saludables que sin duda, permiten un mayor control del asma a las personas que la padecen**. “Sabemos que el asma tiene una mayor incidencia entre los niños expuestos al tabaquismo materno”, concretó. Además hay numerosos trabajos que señalan “la **dieta**

mediterránea como herramienta útil, junto a la lactancia materna, para proteger a los más pequeños ante el asma infantil”.

Este discurso quiso decididamente acercarse a aquella cotidianidad en la que la mayoría de familias pueden incidir: “Hay muchos elementos que sabemos están correlacionados con el asma y debemos actuar sobre ellos, ejemplo el látex, la humedad, las mascotas o la ventilación de las vivienda”. Un objetivo prioritario en la intervención sobre el asma es lograr que el niño o adolescente asmático y su familia alcancen la calidad de vida que tendrían si no tuviera la enfermedad, es por tanto importante identificar los desencadenantes ambientales tanto alérgicos como no alérgicos capaces de agudizar el asma, para de esa manera tomar medidas de control o eliminación de los mismos.

Aunque no todas las personas con alergia respiratoria tienen el mismo tipo de molestias, ni son alérgicos a las mismas cosas, éstas son algunas recomendaciones prudentes para cualquiera de ellos:

- **Alimentos:** observar el consumo de leche de vaca, huevo, maní, las nueces, el trigo, el pescado y los mariscos. Evitar el consumo de sustancias químicas que se agregan a los alimentos para su saborización y preservación, existen saborizantes que ya que han sido implicados como factores que causan exacerbaciones del asma. Conservar un horario para el consumo de los alimentos principales, ver que la alimentación sea en la cantidad suficiente, fresca y balanceada,
- **Las emociones:** “el componente emocional” tiene una fuerte relación con el desarrollo y evolución del asma. “un mayor control de las emociones, un abordaje psicológico de la persona puede ayudar a controlar la enfermedad”. La familia debe tener presente que los factores emocionales por sí solos no pueden provocar el asma, sin embargo, la ansiedad y la tensión nerviosa pueden causar fatiga, una respiración superficial, una

opresión con acumulo de secreciones que no se movilizan entre otros, lo cual también puede aumentar los síntomas de asma y agravar un ataque.

Es importante la participación del mismo niño o niña enferma y de su familia en aspectos tales como:

Manejar la condición de salud: La infancia debe ser divertida y despreocupada, pero los niños con asma asumen algunas preocupaciones y responsabilidades muy grandes. Tienen que aprender qué síntomas son propensos a desencadenar un ataque, tales como el clima frío, el ejercicio, las situaciones de estrés y la exposición al humo. Los niños, sus familias y otros cuidadores deben aprender a reconocer todos los signos de un ataque y cómo responder rápidamente, como usar un inhalador de esteroides durante los ataques agudos. Algunos niños también toman medicamentos de mantenimiento diario, como los broncodilatadores y los fármacos anti-inflamatorios, que pueden reducir el riesgo de futuros ataques.

Perder días de escuela: Educarse es la tarea más importante de un niño, el tiempo en la escuela establece las bases para el futuro aprendizaje avanzado y también prepara a los niños para la vida adulta productiva. Sin embargo el asma a menudo causa ausencias escolares y estas ausencias pueden llevar rápidamente a que un niño se quede atrás, por tanto los niños con asma pueden necesitar clases de refuerzo para mantenerse al día con sus clases y profesores comprensivos que sean conscientes de los problemas de salud de sus estudiantes son cruciales. En algunos casos, una enfermedad grave o frecuente relacionada con el asma y la hospitalización puede incluso requerir que los padres consideren la educación en el hogar. Esta enfermedad crónica es la que probablemente provoca más ausentismo escolar y afecta la calidad de vida de quienes la padecen.

Lidiar con problemas emocionales: Los adultos generalmente pueden manejar ser diferentes, pero la mayoría de los niños están muy preocupados por

encajar en los grupos de su edad, ya que cualquier cosa que hace que un niño sea muy notorio, puede causar sentimientos de incomodidad e incluso vergüenza. Los niños con asma pueden tener miedo de tener un ataque en la escuela, o sentirse incómodos por tener que usar un inhalador en presencia de sus amigos, puede que se sientan dejados de lado cuando no siempre pueden participar en actividades con sus compañeros, por tanto necesitan apoyo emocional adicional para desarrollar habilidades adicionales y lidiar con ello.

La familia por tanto debe permanentemente favorecer la autonomía, evitar sobreprotección, favorecer las salidas del niño fuera de casa y considerar la utilización del aerosol si se precisa en cualquier ámbito (clase, centro deportivo, fiesta...)

- **Ejercicio Físico:** Ser activo es un componente clave de la actividad física saludable y es una parte importante de las vidas de muchos niños, sin embargo, los niños con asma tienen a menudo limitaciones que hacen que sea difícil participar en los deportes, juegos de patio activos y actividades como el baile; el asma no suele evitar que los niños participen en estos eventos, pero a menudo están en mayor riesgo de sufrir un ataque de asma en estas situaciones. Tanto los niños como los adultos en estas situaciones tienen que ser conscientes de la posibilidad de que un ataque de asma ocurra y saber qué hacer en tal caso.

Es necesario estimular el ejercicio físico y la práctica deportiva, orientando la actividad física hacia los deportes que inducen menos asma de esfuerzo (tenis, judo, natación, marcha, bicicleta) antes que los deportes que se toleran menos (carrera libre, fútbol y baloncesto). También ofrecer estrategias para la prevención y el tratamiento del asma inducido por el ejercicio físico: calentamiento previo al ejercicio, entrenamiento progresivo y respiración por la nariz y utilización del broncodilatador antes del ejercicio si fuera necesario.

Se considera como un estímulo no inmunológico, que provoca un ataque de asma, causante muchas veces de una limitación innecesaria de las actividades del niño. La hiperventilación con el ingreso de aire frío y seco, motiva una pérdida de calor y humedad en la vía aérea produciéndose cambios en la osmolaridad mucosa y la subsecuente liberación de mediadores como la histamina. El ejercicio es por tanto considerado como un desencadenante de crisis de asma, siendo frecuentes los síntomas asociados a la actividad física (AF). La presencia de broncoespasmo o asma inducida por ejercicio es la presencia de síntomas que se inician durante o al terminar la AF, los cuales se pueden manifestar en distintos grados de intensidad, caracterizándose por tos, sibilancias y disnea. Los niños con asma tienden a presentar un estilo de vida más sedentario y realizan menos AF que sus pares, el impacto del asma inducida por ejercicio no es sólo físico, sino que puede producir problemas psicológicos y sociales en los niños y sus familias. La disminución de la AF en niños con asma se debe también muchas veces al temor y opinión negativa de los padres, basada en el miedo que el ejercicio desencadene una crisis de asma. Esto podría explicar las licencias solicitadas por los padres para los niños escolares con asma, para quedar liberados de la AF obligatoria en colegios. Lo anterior contrasta con las recomendaciones actuales que promueven la AF regular en niños con asma, debido a que tiene efectos benéficos sobre el control de esta enfermedad. PABLO BROCKMANN V. y colab. (2007).

Actividades aconsejables para niños con asma inducida por ejercicio

- nadar en piscina climatizada;
- caminar;
- trotar;
- escalar;
- esquiar en descenso;
- béisbol;
- fútbol americano;
- gimnasia;
- atletismo (distancias cortas)

Consejos para niños con asma inducida por ejercicio

En general, los niños con este tipo de asma pueden hacer todo lo que hacen sus compañeros. Pero se suele recomendar:

- Precalentamiento antes de hacer ejercicio para prevenir tensión en el pecho. (andar entre 5 y 10 minutos, actividad ligera, ejercicios de estiramiento y flexibilidad).
- Tomar la 'medicación de rescate' poco antes de hacer el ejercicio.
- Respirar por la nariz mientras se hace ejercicio.
- Realizar pausas al hacer ejercicio y tomar la medicación de rescate según la prescripción médica cuando comiencen los síntomas.
- Atemperarse después de hacer ejercicio para disminuir el cambio brusco de la temperatura del aire en los pulmones.

- **Ocupación:** El asma es producida por la inhalación de humos industriales, polvos y emanaciones que se encuentran en el lugar de trabajo. Se han descrito cuatro patrones de respuesta en el asma ocupacional: Inmediata exclusiva, tardía exclusiva, dual, y nocturna recurrente durante varios días. Estos pacientes, aunque variando según el tipo de respuesta que muestren, suelen mejorar fuera de su lugar de trabajo, durante las vacaciones, fines de semana y períodos de baja.

- **Higiene ambiental:** Es de gran importancia debido a que muchos de los factores que interviene en el desencadenamiento de la enfermedad se encuentra en el medio ambiente que rodea al individuo produciéndose así la contaminación aérea por polvo, polen, moho, dentro de la gran variedad de alérgenos que pueden existir dentro de las habitaciones debemos mencionar a los ácaros domésticos son especialmente alergénicos los pelos de gatos, perros, roedores y aves las cucarachas y los hongos.

- **Evitar irritativos ambientales:** El humo producido por combustión u otras sustancias, olores fuertes de pinturas, perfumes, limpiadores, polvo de

tiza, carbón o talco. Otros químicos irritantes el dióxido de sulfuro, el humo de lámparas de queroseno o de chimeneas etc.

- **Evitar el humo de cigarro:** Está demostrado que el humo del cigarro incrementa la respuesta alérgica, y además disminuye los factores de defensa propios de la mucosa respiratoria a la infección. Esto implica que no debe de haber fumadores en la casa de una persona con alergia; no sólo quiere decir que no deben fumar dentro de casa, sino que no deben de fumar, sobre todo los padres de un niño alérgico, pues las partículas de humo se acarrean dentro de la casa por medio de la ropa, cabello ó la piel. Por supuesto un alérgico no debe de fumar.

- **Evitar infecciones respiratorias:** Evitar el contacto con personas con gripe ó cualquier tipo de infección respiratoria.

- **Evitar estar mucho tiempo en lugares cerrados** con mucha gente, sobre todo en tiempo de frío.

- **Evitar los cambios bruscos de clima** y lugares con mucho polvo.

- **Evitar olores fuertes:** Incluye olores fuertes de ciertos alimentos (cebolla, chile, vinagre, etc.); de productos de belleza (perfumes fuertes, jabones muy perfumados, lacas, sprays, desodorantes, talcos, etc); de solventes químicos (acetona, thinner, alcohol, amoníaco, limpiadores para pisos y baños, etc.). A mayor fuerza de olor y tiempo de exposición, mayor el riesgo de reacción ó molestias.

- **Evitar tomar ó comer cosas muy frías:** Si no se han controlado del todo los síntomas de alergia, es conveniente ser estrictos en esto; si el niño ya no tiene molestias, lo más probable es que tolere bien alimentos o bebidas frías sin reaccionar mal.

- **Evite corrientes de aire directo en la cara:** Sobre todo de ventiladores, "coolers", refrigeración o corrientes naturales. Los enfriadores evaporativos "coolers", son una excelente vía de entrada de multitud de alérgenos externos al hogar, es preferible el uso de refrigeración, pues puede recircular el aire, maneja volúmenes de aire bajos, y no necesitamos dirigir el aire hacia uno para estar a gusto, tiene un mejor sistema de filtración, y la temperatura es regulable, deben evitarse temperaturas muy bajas, sobre todo por la noche.

- **Evitar tener animales domésticos:** No todos son sensibles al pelo ó caspa de animales, éstos son alergenicos potentes que tarde o temprano generan alergias respiratorias. Los animales son "acarreadores" de alergenicos como el polvo y algunos insectos, o incluso de algunas enfermedades. Un punto importante a recalcar es que, a pesar de que el animal se mantenga todo el tiempo afuera, en el patio, aun así, la casa se contamina lentamente con sus alergenicos en cantidades suficientes como para causar sensibilización, por ello es preferible no tenerlos en casa. Si un niño quiere una mascota, puede optar por animales sin pelo ó plumas: peces, tortugas, camaleones, ranas, etc.

- **Higiene de la vivienda:** Son eficaces las medidas habituales de limpieza para reducir las condiciones que generan los síntomas de asma. Los pacientes expuestos a niveles más bajos de alergenicos no solamente presentan una mejoría en sus síntomas de asma y disminuyen sus necesidades de medicación, sino también mejoran su hiperreactividad bronquial inespecífica. El dormitorio es la habitación más importante para realizar estas medidas de control ambiental, aunque otras áreas de la casa como el salón de estar que puede contener cortinas, muebles tapizados, alfombras, etc. El hacinamiento en el hogar, incrementa el riesgo a enfermedades respiratorias encontrándose un efecto directo en la frecuencia del asma en la población infantil.

Las medidas fundamentales incluyen:

- Disminuir el polvo dentro de casa: el polvo casero no siempre es el responsable de las alergias respiratorias, siempre es conveniente evitarlo, en lo posible, por su gran potencial alergénico.
- Realizar una limpieza diaria y una limpieza profunda de la casa al menos los fines de semana, evitando que esté presente el paciente.
- Desinfección de la casa al menos una vez al mes.
- Quitar las alfombras o moquetas de la casa, especialmente del dormitorio y del salón de estar (si el suelo es de contrachapado, considerar el cambiarlo por uno de vinilo o madera), la utilización de pequeñas alfombras que puedan ser lavadas es una alternativa aceptable a las moquetas.
- Poner cubiertas especiales antiácaros (herméticas) para los colchones y almohadas (estas permiten la transpiración pero no el paso de los alérgenos a su través), eliminar colchones o almohadas viejas y/o de lana.
- Lavar la ropa de la cama con agua caliente a 60°C cada 10-14 días.
- Reducir la humedad relativa del aire de la casa mediante la utilización de deshumidificadores y abrir las ventanas durante los días secos, (excepto en el caso de que el paciente sea también alérgico a los pólenes), evitar el uso continuado de humidificadores.
- Aspiración de la casa debe ser realizada por otra persona que no sea el paciente (si esto no es posible el paciente debe utilizar durante ésta una mascarilla).
- Evitar permanecer mucho tiempo en las primeras plantas o sótanos.
- **Combinación de medidas dietéticas y control ambiental** en niños con riesgo logra una reducción significativa en el desarrollo de asma, dermatitis atópica y atopia.
- **Control médico periódico y cumplimiento del tratamiento.** El médico indicará al inicio la frecuencia con la cual se requiere regular el tratamiento del niño hasta lograr la estabilización necesaria de su proceso asmático de tal manera que se encuentre libre de molestias tanto durante el día como

durante la etapa del sueño. Seguir estrictamente las indicaciones en el uso de medicamentos ya sea orales o inhalados con empleo de las cámaras espaciadoras. Se tomarán las medidas precisas para prevenir las crisis asmáticas y en el caso de iniciar un tratamiento temprano en el hogar en tanto lo traslada a una institución de salud.

Si el niño debe asistir regularmente a la escuela, recordar además que el asma no es una enfermedad contagiosa, los medicamentos orales o inhalados deberán ser administrados, si es necesario, durante el periodo de clases, es recomendable la asistencia regular a la escuela y procurar que el niño falte sólo en caso de agudización moderada o grave. Es conveniente que profesores y compañeros conozcan que el niño es asmático ya que pueden ser excelentes colaboradores si conocen la enfermedad y facilitan la utilización en público de dispositivos de inhalación en niños mayores o adolescentes.

Mantener siempre una provisión adecuada de los medicamentos tanto en el hogar como en la escuela. Si se realiza algún viaje asegurarse de tener durante el mismo todos los medicamentos que el niño está utilizando y aquellos que, de acuerdo a las recomendaciones del médico, pudiera necesitar en una situación de emergencia.

ENFERMERIA EN DESARROLLO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES: PROMOCIÓN DE SALUD, BIENESTAR Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES.

La organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como un “estado de bienestar físico, mental y social completo, no simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia” (OMS, 1947) Los puntos de vista de salud de los individuos pueden variar entre diferentes grupos de edad, sexo, raza y cultura. Los lineamientos de Política Sectorial también exponen promover conductas y estilo de vida saludable en todos los grupos etarios de la

población evitando el impacto negativo de la carga de la enfermedad en el desarrollo integral de las personas, familias y sociedad.

La promoción de la salud es el conjunto de actividades que se realiza con el propósito de lograr un mayor nivel de bienestar de salud de la persona, familia, grupo y comunidad. La promoción de la salud debe brindarse a cualquier persona, independientemente de su edad y su estado de salud como programas de cambio de estilos de vida y conducta que requiere la participación del individuo y están dirigidos a reforzar y prolongar la calidad de vida.

Cada vez más los cuidados sanitarios se centran en la promoción de la salud, el bienestar y prevención de enfermedades; las actividades de promoción de salud como el ejercicio habitual y una buena nutrición ayudan a mantener a los clientes a mantener o mejorar su situación de salud actual. La educación del bienestar enseña a las personas a cuidar de sí mismas de manera saludable e incluye temas como el conocimiento físico, el control del estrés y la auto responsabilidad. Se ha descrito el bienestar como el proceso continuo y dinámico de esfuerzo para conseguir una salud óptima.

Las actividades de promoción ayudan a actuar de manera positiva para alcanzar estado de salud más estable. Las estrategias de bienestar están diseñadas para ayudar a las personas a conseguir comprensión y un control nuevo de sus vidas. Las actividades de prevención de las enfermedades motivan a las personas a evitar descensos en los aspectos de salud o funcionales. Las elecciones de estilos de vida positivos y la elección de estilos negativos también desempeñan un papel de vital importancia en la prevención de enfermedades. La comprensión de los factores de riesgo y la modificación del comportamiento son componentes integrales de la promoción de la salud, bienestar y prevención de enfermedades.

La enfermera se constituye por su perfil profesional, en el recurso humano de salud, visible y competente para el cuidado de la vida y salud de las personas individuales y colectivas que intentan mejorar su bienestar físico y psicológico. El objetivo es educar a los demás acerca del autocuidado de su salud, orientándolos a conseguir niveles óptimos de salud. Organismos internacionales, recomiendan una reestructuración del sistema sanitario centrado en el bienestar y el cuidado más que en la enfermedad y curación.

Las enfermeras enfatizan la promoción de la salud, estrategias de aumento de bienestar y las actividades de prevención como formas importantes de atención sanitaria dado que ayudan a los usuarios a mejorar su calidad de vida. De allí que las enfermeras que laboran en el servicio de pediatría y atienden a pacientes con enfermedad de asma bronquial debe sustentar la “hipótesis de la higiene” del asma el cual sugiere que la exposición a infecciones tempranas en la vida influye el desarrollo del sistema inmune a través de una vía “no alérgica” dando como resultado un menor riesgo de asma y otras enfermedades alérgicas. Aunque la teoría de la higiene continúa en investigación, este mecanismo podría explicar las asociaciones observadas entre el tamaño de la familia, los hábitos de vida de las grandes ciudades, la alimentación, las medidas higiénicas, así como la contaminación y la asistencia temprana a las guarderías favorece que las primeras manifestaciones de enfermedades alérgicas cada vez sea más frecuente en las primeras etapas de la vida.

2.3. Definición Operacional de Términos.

Estilos de Vida: Conjunto de patrones de comportamiento saludables o no que refieren desarrollar los niños escolares con asma bronquial, considerándose dentro de estos el consumo de alimentos, la higiene y abrigo, las actividades recreativas y sociales, el descanso y sueño y la higiene del hogar.

Escolar: Persona de ambos sexos, en edad comprendida entre 6 a 12 años, que gran parte de su tiempo acude al colegio para su educación y luego permanece en casa al cuidado de sus padres especialmente por la madre debido a la presencia de sus crisis asmáticas.

Asma bronquial: Enfermedad caracterizada por episodios de obstrucción bronquial que ceden espontáneamente o por acción terapéutica.

2.4. Identificación y Definición de la variable

Siendo el problema de estudio multifactorial, se ha considerado conveniente desarrollar el estudio de los estilos de vida, variable cualitativa, que en su interior engloba varias variables, denominadas para fines actuales en 5 dimensiones:

- Alimenticios
- Higiene y abrigo
- Recreativos y sociales
- Descanso y sueño
- Higiene del hogar

DEFINICION CONCEPTUAL

Estilos de Vida se considera al conjunto de patrones de comportamiento o actitudes identificables y relativamente estables, resultan de la interacción entre las características individuales, la interacción social y las condiciones de vida socioeconómica y ambiental en la cual se desarrolla la persona; los estilos de vida incluye los patrones de comportamiento en cuanto a la satisfacción de necesidades básicas como alimentación, vestido, recreación entre otros.

La mayoría de estas se desarrollan las personas, en el seno familiar, por tanto son arraigados. Pueden clasificarse en saludables y otras nocivas

para la salud o no saludables, son identificables y además forma parte permanente en la persona o en una sociedad determinada.

DEFINICION OPERACIONAL

Estilos de vida es un conjunto de patrones de comportamiento identificables y relativamente estables en el niño asmático y que resulta de la interacción entre las características individuales, la interacción social y las condiciones de vida socioeconómica y ambiental en la cual vive, incluye la complejidad de patrones de comportamiento en cuanto a la satisfacción de necesidades básicas como alimentación, vestido, abrigo, recreación, descanso y sueño, higiene del hogar, entre otros. Y cuya práctica podría desarrollar o no desarrollar o ser causal de las crisis asmáticas en dichos niños.

Investigados a través de un formulario tipo cuestionario, aplicado mediante la técnica de encuesta y cuyo valor final es estilos de vida saludables o no saludables.

El cuadro de Operacionalización de la variable ´puede apreciarse en el Anexo 1.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. Tipo, Nivel y Método

El estudio es de nivel aplicativo tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal ya que permite presentar los datos obtenidos en un tiempo y espacio determinado.

3.2. Lugar y Área de Estudio

EL presente estudio de investigación se realizó en consultorios de pediatría, del Hospital Román Egoavil Pando- Villa Rica entre los meses de Enero – Febrero 2016.

En estos consultorios externos se brinda atención a los niños de 0 a 18 años, con diferentes dolencias, siendo una de ellas las crisis asmáticas o controles de los niños asmáticos.

Cuenta con el concurso de un equipo básico y de especialistas salud. Estando la parte de promoción de la salud bajo la responsabilidad de una enfermera, quien a la vez que realiza la atención a los niños en estado de crisis asmática conjuntamente con el médico pediatra, realiza labores de consejería y orientación a tanto al niño, padres de familia y personas que acompañan al niño.

3.3. Población de estudio.

La población de estudio está constituida por todos los niños entre 6 a 12 años con asma bronquial, que asisten durante dos meses, para sus respectivos controles a la unidad de control del asma de consultorios externos del Hospital Román Egoavil Pando- Villa Rica.

Casuísticamente en un mes asisten alrededor de 20 niños comprendidos en esas edades que poseen esa enfermedad. Lo que constituiría un promedio de 40 niños en dos meses.

3.4. Unidad de análisis

Está constituido por todos los niños entre 6 a 12 años con asma bronquial que asisten para sus respectivos controles a la unidad de control del asma de consultorios externos del mencionado Hospital

3.5. Criterios de selección

Criterios de inclusión.

- Niños de ambos sexos
- Edad de los niños entre 6 a 12 años
- Asiste a su control de asma bronquial
- Que acepten participar en el estudio libre y voluntariamente.
- Que sus familiares que los llevan al control, acepten la participación del niño

Criterios de exclusión.

- Niños con crisis asmáticas al momento del control

3.6. Técnica e Instrumento de recolección de datos.

Técnica: Entrevista individual a cada niño

Instrumento: Es un cuestionario de 20 preguntas relacionadas al tema el cual consta de: Introducción, datos generales del niño y preguntas sobre cada uno de las dimensiones de estudio, con preguntas mayormente cerradas para marcar la respuesta que se considere correcta. (Ver anexo 2) El cual ha sido sometido a validez de contenido y constructo mediante el juicio de expertos (ver anexo 3) y luego se realizamos las correcciones,

pertinentes para ser sometido a prueba piloto a fin de determinar la validez y confiabilidad estadística a través de la prueba de Pearson (Ver anexo 4).

3.7. Procedimiento para el análisis e interpretación de la información

Para la realización del estudio se coordinó el trámite administrativo mediante un oficio dirigido a la dirección a fin de obtener la autorización para realizar el estudio. Luego en coordinación con el médico jefe y jefa de enfermería del servicio de pediatría a fin de elaborar el cronograma de recolección de datos considerando 20 minutos para la aplicación al sujeto de estudio. Se aplicará el consentimiento informado al familiar y el asentamiento informado al niño

Luego de la recolección de datos, estos serán procesados mediante el uso del paquete estadístico Excel previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz. Los resultados serán presentados en tablas a fin de realizar el análisis e interpretación con la estadística descriptiva de frecuencia y análisis porcentual considerando el marco teórico.

3.8. Consideraciones éticas de la investigación

Para la ejecución del estudio se tuvo en cuenta con la autorización de la institución y las autoridades pertinentes, así como el asentamiento informado de los sujetos de estudio considerando los principios de la bioética, la autonomía, que el estudio es de carácter anónimo y confidencial siendo la información utilizada solo para fines de estudio, la beneficencia y no maleficencia.

Tratándose que la población es de menores de edad, se tomó en cuenta también el consentimiento informado de los padres o persona responsable del menor.

CAPITULO IV

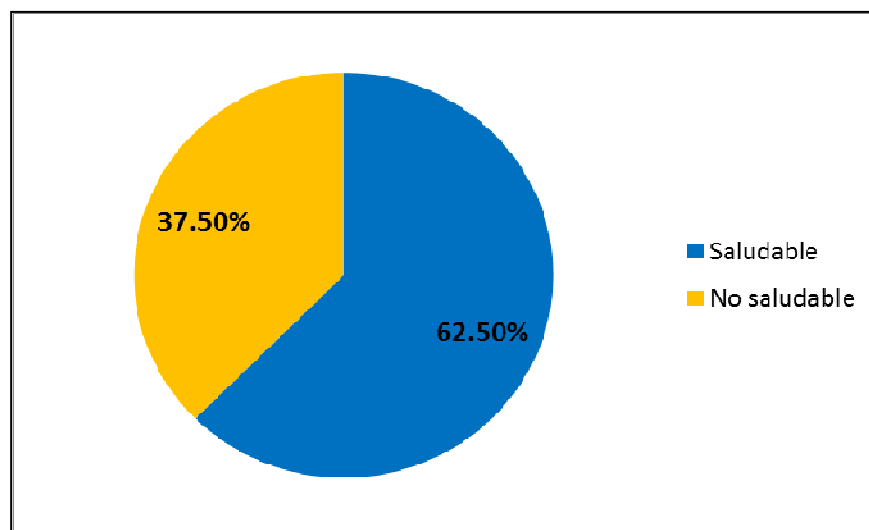
RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. Resultados

Datos sobre Estilos de Vida en la población de estudio

GRAFICO N° 1

ESTILOS DE VIDA DE ESCOLARES CON ASMA BRONQUIAL QUE ASISTEN AL CONSULTORIO DEL HOSPITAL ROMÁN EGOAVIL PANDO VILLA RICA ENERO - FEBRERO 2016.



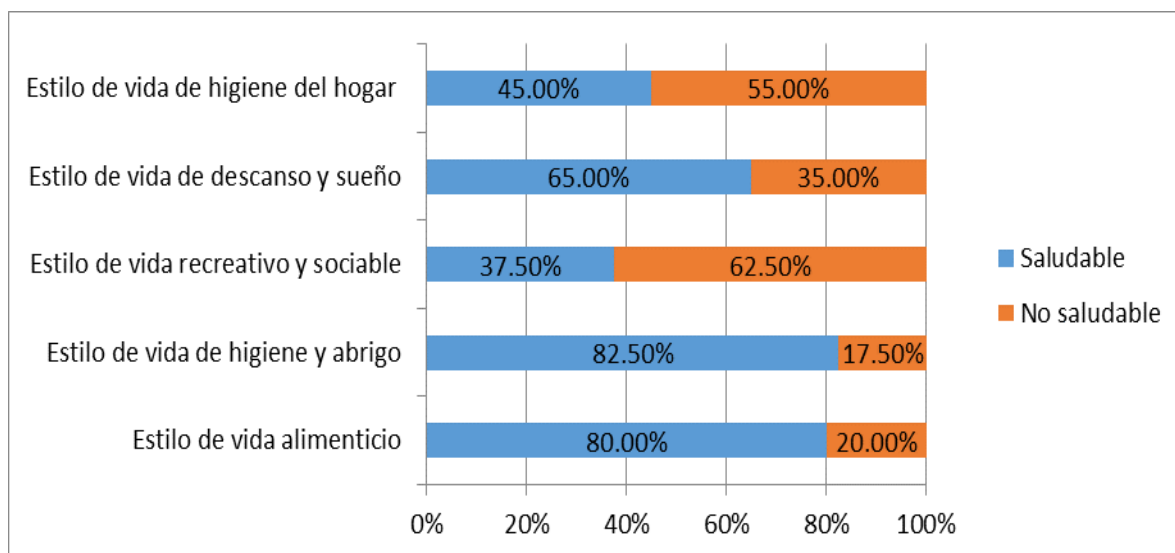
Fuente: encuesta aplicada a escolares con asma bronquial en consultorio de pediatría del Hospital Román Egoavil Pando de Villa Rica.

En el gráfico N° 1 podemos apreciar que del 100% (40) escolares con asma bronquial encuestados, 62.50% (25), presentan estilos de vida saludables, mientras que 37.50% (15) presentan estilos de vida no saludables (Ver anexo 5).

Asimismo en el **gráfico N° 2** apreciamos que según las cinco dimensiones estudiadas, del 100% (40), el 82.50% (33) tiene un estilo de vida saludable en lo correspondiente a estilo de vida de higiene y abrigo, 80% (32) tiene un estilo de vida alimentario saludable, en 65% (26) es saludable su estilo de vida de descanso y sueño, 55% (22) tiene un estilo de vida no saludable en higiene del hogar y 62.50% (25) un estilo de vida no saludable en lo recreativo y sociable. (Ver anexo 6)

GRÁFICO N° 2

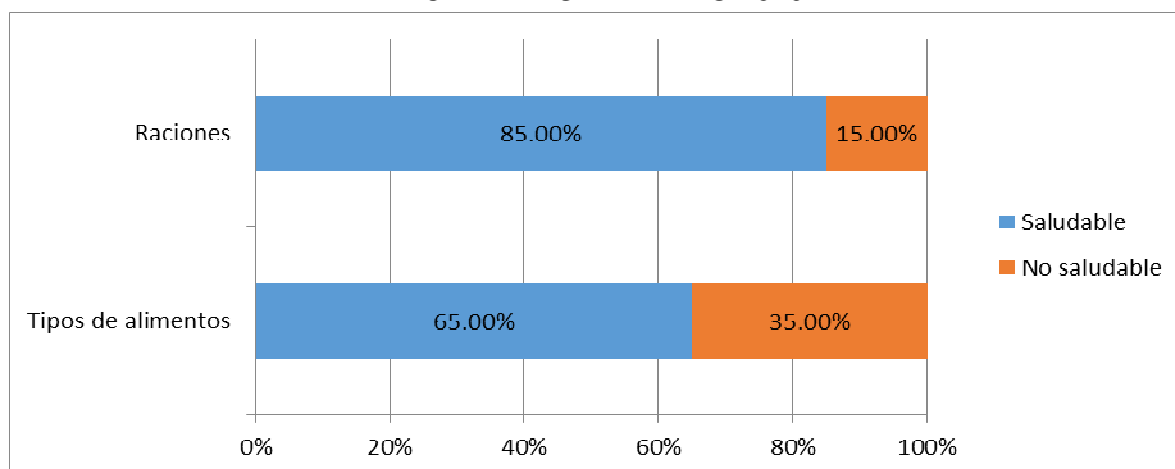
**COMPORTAMIENTO DE LOS ESTILOS DE VIDA SEGÚN DIMENSIONES EN
ESCOLARES CON ASMA BRONQUIAL QUE ASISTEN AL CONSULTORIO
DEL HOSPITAL ROMÁN EGOAVIL PANDO - VILLA RICA
ENERO-FEBRERO 2016.**



Fuente: encuesta aplicada a escolares con asma bronquial en consultorio de pediatría del Hospital Román Egoavil Pando de Villa Rica.

GRAFICO N° 3

**ESTILOS ALIMENTICIOS EN ESCOLARES CON ASMA BRONQUIAL QUE
ASISTEN AL CONSULTORIO DEL HOSPITAL ROMÁN EGOAVIL PANDO -
VILLA RICA ENERO-FEBRERO 2016.**



Fuente: encuesta aplicada a escolares con asma bronquial en consultorio de pediatría del Hospital Román Egoavil Pando de Villa Rica.

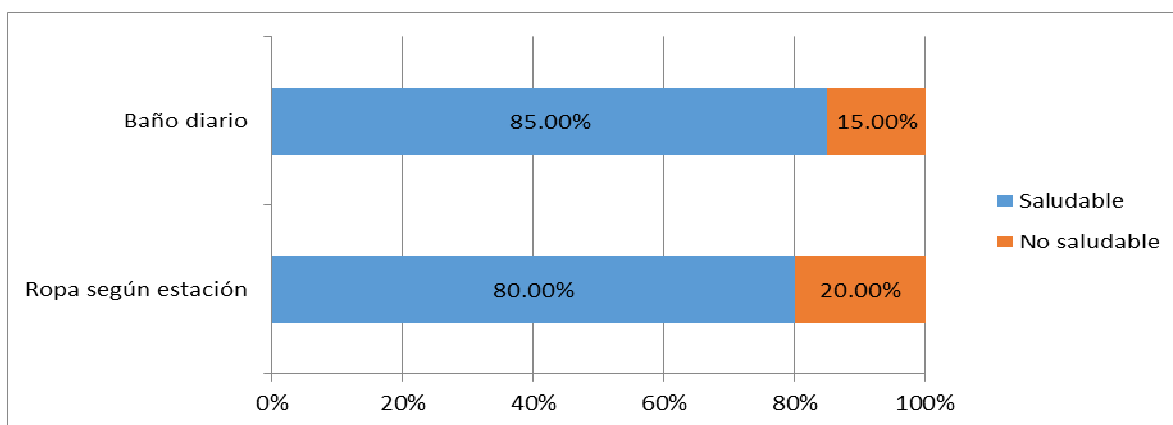
En el **Gráfico N° 3** se puede observar que respecto del estilo de vida alimenticio, del 100% (40) escolares con asma bronquial encuestados, 85% (34) tiene un estilo de vida saludable en lo correspondiente al número de raciones que consume y 65% (26) tiene también un estilo de vida saludable en lo correspondiente a los tipos de alimento que consume. (Ver anexo 7)

En el **Gráfico N° 4**, se expone sobre el estilo de vida respecto a higiene y abrigo de los escolares con asma bronquial y este tiene el siguiente comportamiento, del 100% (40) escolares encuestados, 85% (34) tienen un estilo de vida saludable porque practican el baño diario y 80% (32) tienen un estilo de vida saludable porque utilizan la ropa según la estación que se presenta. (Ver anexo 8)

GRAFICO N° 4

ESTILOS DE HIGIENE Y ABRIGO EN ESCOLARES CON ASMA BRONQUIAL QUE ASISTEN AL CONSULTORIO DEL HOSPITAL ROMÁN EGOAVIL PANDO

VILLA RICA ENERO-FEBRERO 2016.



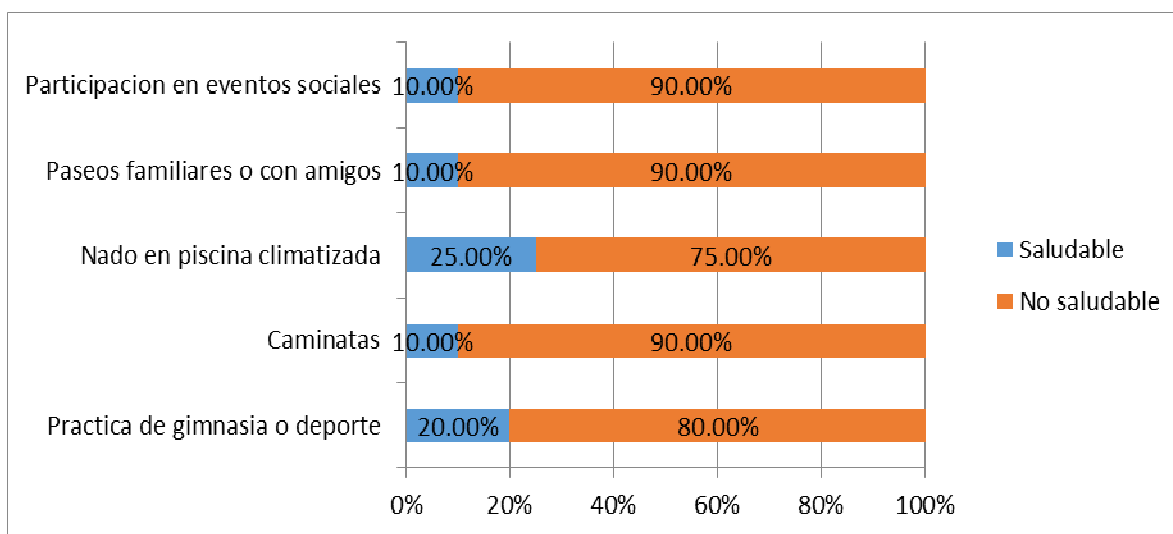
Fuente: encuesta aplicada a escolares con asma bronquial en consultorio de pediatría del Hospital Román Egoavil Pando de Villa Rica.

En el **Gráfico N° 5**, se evidencia que respecto a los estilos de vida en la dimensión recreativa y social, que del 100% (40) escolares con asma bronquial encuestados, 90% (36) tienen un estilo de vida no saludable en lo correspondiente a la

realización de caminatas y en lo que respecta a paseos familiares o con amigos y en lo correspondiente a participación en eventos sociales. Asimismo el estilo de vida no saludable está presente en 80% (32) en lo relacionada a la práctica de gimnasia o deporte y en lo correspondiente a nado en piscina climatizada el estilo de vida no saludable está presente en el 75% (30) escolares con asma. (Ver anexo 9).

GRAFICO N° 5

ESTILOS RECREATIVOS Y SOCIALES EN ESCOLARES CON ASMA BRONQUIAL QUE ASISTEN AL CONSULTORIO DEL HOSPITAL ROMÁN EGOAVIL PANDO - VILLA RICA ENERO-FEBRERO 2016.

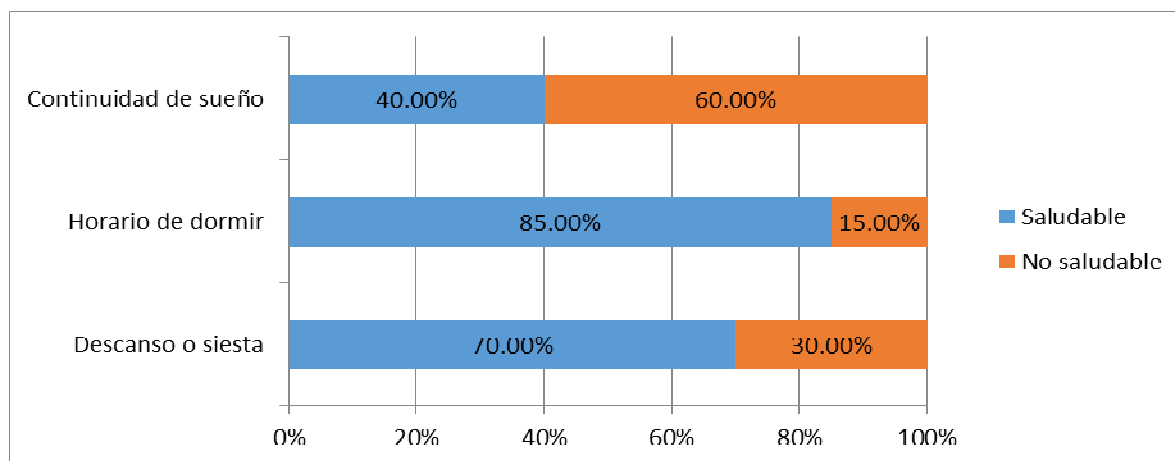


Fuente: encuesta aplicada a escolares con asma bronquial en consultorio de pediatría del Hospital Román Egoavil Pando de Villa Rica.

En relación a la dimensión estilo de vida de descanso y sueño, podemos apreciar en el **Gráfico N° 6**, que del 100% (40) escolares con asma bronquial encuestados, 85% (34) tienen un estilo de vida saludable en lo correspondiente a el horario de dormir, 70% (28) tiene también un estilo de vida saludable en el uso de un tiempo para el descanso o siesta, mientras que el 60% (24) de los encuestados, tiene un estilo de vida no saludable en lo correspondiente a la continuidad del sueño. (Ver anexo 10).

GRAFICO N° 6

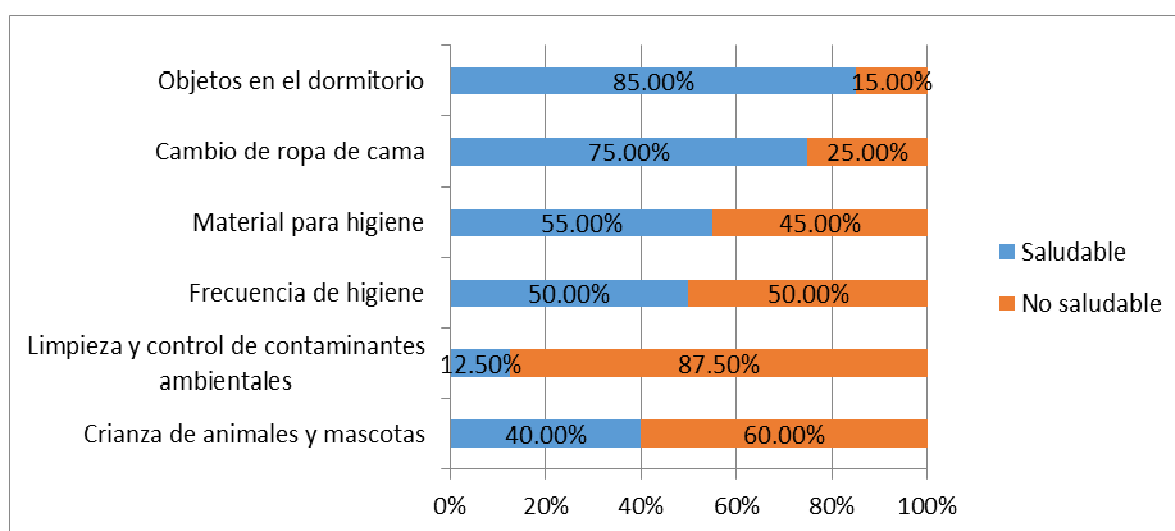
ESTILOS DE DESCANSO Y SUEÑO EN ESCOLARES CON ASMA BRONQUIAL QUE ASISTEN AL CONSULTORIO DEL HOSPITAL ROMÁN EGOAVIL PANDO - VILLA RICA ENERO-FEBRERO 2016.



Fuente: encuesta aplicada a escolares con asma bronquial en consultorio de pediatría del Hospital Román Egoavil Pando de Villa Rica.

GRAFICO N° 7

ESTILOS DE HIGIENE DEL HOGAR DONDE VIVEN LOS ESCOLARES CON ASMA BRONQUIAL QUE ASISTEN AL CONSULTORIO DEL HOSPITAL ROMÁN EGOAVIL PANDO - VILLA RICA ENERO-FEBRERO 2016.



Fuente: encuesta aplicada a escolares con asma bronquial en consultorio de pediatría del Hospital Román Egoavil Pando de Villa Rica.

Sobre la dimensión estilos de vida de higiene del hogar, apreciamos en el **grafico N° 7**, que del 100% (40) escolares con asma bronquial encuestados, 85% (34) tienen estilos de vida adecuados respecto de la higiene y presencia de objetos en el dormitorio, 75% (30) en lo correspondiente a cambio de ropa de cama, 55% (22) en el uso de material para la higiene y 50% (20) en lo concerniente a la frecuencia de higiene tanto de las habitaciones como de la ropa de cama; mientras que 87.50% (35) tiene un estilo de vida no saludable en la limpieza y control de contaminantes ambientales, 60% (24) respecto de la crianza de animales y mascotas en la vivienda.

4.2. Discusión

A través de los datos podemos evidenciar que **la mayoría 62.50%, presentan estilos de vida saludables**, considerando como un conjunto de patrones de comportamiento o actitudes que desarrollan las personas, y que son buenas para la salud. En los países sub desarrollados los estilos de vida poco saludables están relacionados al consumo de alimentos, higiene, abrigo, actividades recreativas y sociales, el descanso y sueño y la higiene del hogar. Los estilos de vida no saludables generan consecuencias nefastas para la salud de las personas.

Los lineamientos de Política Sectorial promueven conductas y estilos de vida saludables en todos los grupos etarios de la población evitando el impacto negativo de la carga de la enfermedad en el desarrollo integral de las personas, familia y sociedad, en este rol la enfermera se constituye por su perfil profesional, en el recurso humano de salud, visible y competente para el cuidado de la vida y salud de las personas individuales y colectivas que intentan mejorar su bienestar físico y psicológico.

Con relación a las cinco dimensiones estudiadas, del 100% (40), la mayoría tiene un estilo de vida saludable en lo correspondiente a: higiene y abrigo (82.50%), en estilo alimentario (80%), en estilo de descanso y sueño (65%); mientras que un estilo de vida no saludable: en higiene del hogar (55%), en lo recreativo y sociable (62.50%). La promoción de la salud genera la adquisición de hábitos familiares saludables que sin duda, permiten un mayor control del asma a las personas que la padecen. “Sabemos que el asma tiene una mayor incidencia entre los niños expuestos al tabaquismo materno”, hay muchos elementos que ya sabemos que están correlacionados con el asma y debemos actuar sobre ellos, ejemplo el látex, la humedad, las mascotas, la falta de higiene, la ventilación de las vivienda entre otros. Por eso es importante identificar los desencadenantes ambientales tanto alergénicos como no alergénicos capaces de agudizar el asma, para de esa manera tomar medidas de control o eliminación de los mismos.

Sobre **estilo de vida alimentario** en escolares con asma bronquial encuestados, la mayoría tiene un estilo de vida saludable, 85% sobre número de raciones y 65%. Sobre tipo de alimentos que consume. Al respecto, se recomienda a los escolares con asma bronquial: **Evitar tomar ó comer cosas muy frías** mientras no se han controlado del todo los síntomas de alergia, si ya no se tiene molestias es posible tolerar bien alimentos o bebidas frías. Sobre tipo de **Alimentos**, observar el consumo de leche de vaca, huevo, maní, nueces, trigo, pescado y mariscos; evitar el consumo de sustancias químicas que se agregan a los alimentos para su preservación, saborizantes, porque causan exacerbaciones del asma.

Sobre estilo de vida en higiene y abrigo en escolares con asma bronquial, la mayoría tienen un estilo de vida saludable: 85% practican el baño diario y 80% usan ropa acorde a la estación. En este aspecto se recomienda **evitar corrientes de aire directo en la cara:** ventiladores, "coolers", refrigeración o corrientes naturales porque son una excelente vía de entrada de multitud

de alérgenos externos al hogar, preferible usar refrigeración, pues recircula el aire, maneja volúmenes de aire bajos, tienen un mejor sistema de filtración, y la temperatura es regulable al clima.

La presencia de crisis asmática muchas veces lleva a la familia a evitar que los escolares asmáticos se mojen, lo cual lleva a un déficit de higiene que es a su vez perjudicial, ya que la piel es un organismo que favorece la eliminación de toxinas a través de la transpiración, los mismos que deben ser eliminados mediante el baño. Por otro lado existe la costumbre de los padres a abrigar en demasía a los niños asmáticos, por cuanto se trata de un proceso respiratorio, cosa que genera transpiración el mismo que se seca en el mismo cuerpo del niño, permaneciendo la ropa húmeda, esa humedad se convierte en un medio circular que a su vez va a generar mayor crisis asmática en los mismos. Asimismo hay familias que tratan de abrir en demasía las ventanas, generando corrientes de aire que no le hacen nada bien a los asmáticos; ellos requieren un ambiente ventilado pero sin corrientes de aire.

Sobre los **estilos de vida recreativa y social**, la mayoría tienen un estilo de vida **no saludable** en todos los indicadores, 90% tanto en caminatas y paseos familiares o con amigos, como en participación en eventos sociales, 75% en práctica de gimnasia o deporte y 80% sobre nado en piscina climatizada. Al respecto, sabemos que Educarse es una tarea importante en un niño, establece las bases para el aprendizaje y lo prepara para una vida adulta productiva, pero el asma a menudo causa ausencias escolares generando que un niño se quede atrás, por tanto los niños con asma pueden necesitar clases de refuerzo para mantenerse al día con sus clases y profesores comprensivos conscientes de los problemas de salud de sus estudiantes. Los adultos generalmente pueden manejar ser diferentes, pero los niños están muy preocupados por socializar en los grupos de su edad, pueden tener miedo de una “crisis” en la escuela, sentirse incómodos por usar inhalador en presencia de sus amigos, sentirse dejados de lado cuando

no siempre pueden participar con sus compañeros, necesitando apoyo emocional adicional. Es por tanto responsabilidad de la familia favorecer socialización del niño, su autonomía, evitar sobreprotección, favorecer las salidas fuera de casa y considerar el uso del aerosol en cualquier ámbito (clase, centro deportivo, fiesta, etc.)

Ser activo es componente clave de la actividad física saludable y parte importante de la vida, sin embargo, los niños con asma tienen a menudo **limitaciones** que hacen difícil participar en los deportes, juegos de patio activos y actividades como el baile; el asma no suele evitar que los niños participen en estos eventos, pero a menudo están en mayor riesgo de sufrir un ataque de asma en estas situaciones. Tanto niños como adultos en situaciones similares tienen que ser conscientes de la posibilidad de que un ataque de asma ocurra y saber qué hacer en tal caso. Es necesario estimular el ejercicio físico y la práctica deportiva, orientando la actividad física hacia los deportes que inducen menos asma de esfuerzo (tenis, judo, natación, marcha, bicicleta) antes que los deportes que se toleran menos (carrera libre, fútbol y baloncesto). También ofrecer estrategias para la prevención y el tratamiento del asma inducido por el ejercicio físico: calentamiento previo al ejercicio, entrenamiento progresivo y respiración por la nariz y utilización del broncodilatador antes del ejercicio si fuera necesario.

Un ataque de asma causa muchas limitación innecesaria de actividades del niño, la hiperventilación con ingreso de aire frío y seco, motiva una pérdida de calor y humedad en la vía aérea produciéndose cambios en la osmolaridad mucosa y la subsecuente liberación de mediadores como histamina; el ejercicio es considerado como desencadenante de crisis de asma, con presencia de broncoespasmo que puede manifestarse en distintos grados de intensidad, caracterizándose por tos, sibilancias y disnea. Por tal razón niños con asma tienden a presentar un estilo de vida más sedentario y realizan menos AF que sus pares, el impacto no es sólo físico, sino también psicológicos y sociales en los niños y sus familias. Esto podría

explicar las licencias en los niños escolares, para quedar liberados incluso de la AF obligatoria en colegios. Lo anterior contrasta con las recomendaciones actuales que promueven la AF regular en niños con asma, debido a que tiene efectos benéficos sobre el control de esta enfermedad. PABLO BROCKMANN V. y colab. (2007).

En relación a la dimensión **estilo de vida de descanso y sueño**, podemos apreciar un **estilo de vida saludable**, en 85% (34) en el horario de dormir, en 70% (28) en el uso de un tiempo para el descanso o siesta, **un estilo de vida no saludable** en 60% (24) sobre la continuidad del sueño. Siendo el descanso y sueño un fenómeno fisiológico que busca la reparación del agotamiento físico y mental, este debe ser en periodos continuos y tiempo de la menos 8 horas diarias. Es importante también tener en cuenta el horario vespertino antes que el matutino, ya que en las noches el organismo va reparando los estragos que el agotamiento de la actividad diaria genera en el organismo. En los niños asmáticos, el no descanso y sueño correspondiente, genera mayor concentración de estresores que a su vez van a condicionar disminución de las endorfinas y que ayudan al restablecimiento tisular y mental, condicionándolo por las defensas bajas a adquirir un sinnúmero de enfermedades y predisposición a crisis asmáticas. Las crisis asmáticas suelen ser mayormente nocturnas, eso desde ya trae menoscabo en el rendimiento y desarrollo físico y emocional de los escolares asmáticos.

Sobre la dimensión **estilos de vida de higiene del hogar**, tienen estilos de **vida saludables**, en 85% respecto de higiene y presencia de objetos en el dormitorio, 75% (30) en cambio de ropa de cama, 55% en uso de material para la higiene y 50% en la frecuencia de higiene de habitaciones y ropa de cama; **un estilo de vida no saludable** en 87.50% sobre limpieza y control de contaminantes ambientales, 60% en crianza de animales y mascotas en la vivienda.

Las características del hábitat o contexto influyen no sólo en la salud, sino en las relaciones sociales, que influyen directamente en la salud y bienestar. En los entornos más hostiles para la supervivencia, con carencias materiales o estructurales básicas, se observan mayor número de conductas menos saludables y menor cooperación, generando más presiones y estrés, mientras que en lugares más acogedores las relaciones son significativamente más saludables, pacíficas y distendidas. RUTTEN A, Y COLAB. (2001). Es tanto o más importante la percepción de privación material que la carestía en sí misma, cuando las personas son conscientes de que carecen de ello. En estas circunstancias las redes sociales y familiares son un elemento muy positivo para la salud de las personas y muy adecuado para el desarrollo infantil, debido a esas mismas y otras características. GLENDINNING A Y COLAB. (2003).

La Higiene de la vivienda está orientada a reducir las condiciones que generan los síntomas de asma, los pacientes expuestos a niveles más bajos de alérgenos no solamente presentan una mejoría en sus síntomas de asma y disminuyen sus necesidades de medicación, sino también mejoran su hiperreactividad bronquial inespecífica. El dormitorio es la habitación más importante para realizar estas medidas de control ambiental, aunque otras áreas de la casa como el salón de estar que puede contener cortinas, muebles tapizados, alfombras, etc. El hacinamiento en el hogar, incrementa el riesgo a enfermedades respiratorias encontrándose un efecto directo en la frecuencia del asma en la población infantil.

La Higiene ambiental es importante ya que muchos factores que interviene en el desencadenamiento de la enfermedad se encuentran en el medio ambiente que rodea al individuo por contaminación aérea por polvo, polen, moho, ácaros domésticos, pelos de gatos, perros, roedores y aves las cucarachas y hongos.

Irritativos ambientales u olores fuertes: Incluye olores fuertes de ciertos alimentos (cebolla, chile, vinagre, etc.); de productos de belleza (perfumes fuertes, jabones muy perfumados, lacas, sprays, desodorantes, talcos, etc); de solventes químicos (acetona, thinner, alcohol, amoníaco, limpiadores

para pisos y baños, etc.). A mayor fuerza de olor y tiempo de exposición, mayor el riesgo de reacción ó molestias. Los olores fuertes de pinturas, perfumes, limpiadores, polvo de tiza, carbón o talco, así como químicos irritantes el dióxido de sulfuro, el humo de lámparas de queroseno o de chimeneas etc. Así como **el humo de cigarro**, incrementan la respuesta alérgica, y disminuye los factores de defensa propios de la mucosa respiratoria a la infección. Esto implica que **no debe** haber fumadores en la casa de una persona con alergia, pues las partículas de humo se acarrean dentro de la casa por medio de la ropa, cabello ó la piel. Por supuesto un alérgico no debe de fumar. Se debe **evitar** infecciones respiratorias como la gripe ó cualquier tipo de infección, asimismo el estar mucho tiempo en lugares cerrados con mucha gente, sobre todo en tiempo de frío, evitar cambios bruscos de temperatura, lugares con mucho polvo. **Evitar animales domésticos ya que** pelo ó caspa de animales, son alérgenos potentes que tarde o temprano generan alergias respiratorias. Los animales son "acarreadores" de alergenicos como el polvo y algunos insectos, o incluso de algunas enfermedades. Un punto importante a recalcar es que, a pesar de que el animal se mantenga todo el tiempo afuera, en el patio, aun así, la casa se contamina lentamente con sus alergenicos en cantidades suficientes como para causar sensibilización, por ello es preferible no tenerlos en casa. Si un niño quiere una mascota, puede optar por animales sin pelo ó plumas: peces, tortugas, camaleones, ranas, etc.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Objetivo General.

Sobre estilos de vida en escolares con asma bronquial que asisten al consultorio del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica Enero-Febrero 2016:

- La mayoría de escolares con asma bronquial, presentan estilos de vida saludables.
- Según dimensiones, la mayoría de escolares con asma bronquial presentan estilos de vida saludables en higiene y abrigo, en lo alimentario y en descanso y sueño.
- El estilo de vida no saludable está presente en escolares con asma bronquial, en lo correspondiente a higiene del hogar y en lo recreativo y sociable.
- En los estilos **alimenticios**, la mayoría tiene un estilo de vida saludable, sobre número de raciones y tipo de alimentos que consume.
- En los estilos de **higiene y abrigo** la mayoría tienen un estilo de vida saludable al practicar el baño diario y usar ropa acorde a la estación.
- En estilos **recreativos y sociales** la mayoría tienen un estilo de vida **no saludable** en caminatas y paseos familiares o con amigos; en participación en eventos sociales, en práctica de gimnasia o deporte y en nado en piscina climatizada.
- En estilos de **descanso y sueño**, la mayoría presenta un estilo de vida **saludable**, en el horario de dormir, en el uso de un tiempo para el descanso o siesta. Y **no saludable** en la continuidad del sueño.

- En estilos de **higiene del hogar**, la mayoría tiene estilos de vida **saludables** respecto de higiene y presencia de objetos en el dormitorio, en cambio de ropa de cama, en uso de material para la higiene y en la frecuencia de higiene de habitaciones y ropa de cama; no saludable en limpieza y control de contaminantes ambientales, así como en crianza de animales y mascotas en la vivienda.

5.2. Recomendaciones

Realizar investigaciones que aborden profundizando las causas de cada dimensión estudiada.

Investigar con enfoque cualitativo las experiencias y sentimientos de los escolares con asma bronquial

Investigar cualitativamente los sentimientos y construcciones sociales de las madres y otros familiares que viven con el escolar asmático.

5.3. Limitaciones

Los resultados a los que se ha llegado en la presente investigación solo son válidos para la población de estudio u otras con características personales y contextuales similares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ROMERO ENCARNACIÓN (2011).

https://libroslaboratorio.files.wordpress.com/2011/06/asma_bronquial.pdf

WHALEY y WONG. "Enfermería Pediátrica". 4ta Edición. Editorial Mosby/Doyma. España 1998. Pág. 689

OPS/ OMS. "*Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud*".2000.

<http://www.healthinternetwork.com/features/factfiles/asthma/es/index.html>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD".2005

http://www.swissinfo.ch/spa/portada/detail/Descubren_en_Basilea_el_origen_del_asma.html?siteSect=105&sid=5127859&cKey=1091804532000&ty=s

DÍAZ DÍAZ y colab. (2011) en su investigación "Riesgo de asma en niños con sibilancias recurrentes, en dos hospitales del departamento de Lambayeque – Perú, durante agosto – diciembre del 2011"

SARMIENTO Luis y colab. (2010), investigaron sobre Ambiente y estilo de vida en la prevención del asma en el niño. Archivo Venezolano Puericultura Pediatría. v.73 n.2 Caracas jun. 2010

CORONEL C. Carlos (2005). Factores dietéticos asociados al asma bronquial en los niños. En Revista Mexicana de Pediatría. Vo.l 72 N° 1. Enero-Febrero 2005.

CORONEL C. (2003). Factores asociados al asma bronquial. Revista Mexicana de Pediatría.

ASOCIACIÓN MEXICANA DE PEDIATRÍA (2002). Segundo Consenso Mexicano de Asma en Pediatría. Acta Pediatr Mex 2002; 23 (supl 1): 1-39.

TAKEMURA Y, y colab.(2001). Relation between breastfeeding and the prevalence of asthma. Am J Epidemiology.

RONA R. (2001), Epidemiología del asma y su relación con la nutrición. En Revista Chilena Enfermedades Respiratorias.

GUTIÉRREZ R, Graciela, DONATO R. (1996). Alergia y su relación con alimentos en una población infantil. Archivo Argentino Alergia Inmunología Clínica.

MOREIRA E, GARCÍA MC. (1997=). Lactancia materna y vitamina A. Revista Cubana Alimentación y Nutrición

TOJO R, LEIS R. (2001) Alimentos nutraceuticos o funcionales. Rev Esp Pediatr

PABLO BROCKMANN V. y colab. (2007). Actividad física y obesidad en niños con asma. En Revista Chilena de Pediatría. Vol 78 N°5.

PÉREZ M. (2008). Prevención de las enfermedades alérgicas. Revista Alergia México.

GDALEVICH M, MIMOUNI D, MIMOUNI M. (2001). Breast-feeding and the risk of bronchial asthma in childhood: a systematic review with meta-analysis of prospective studies. J Pediatr. 2001

THYGARAJAN A, BURKS AW (2008). American Academy of Pediatrics recommendations on the effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease. Curr Opin Pediatr. 2008 Dec;20(6).

SÁNCHEZ BORGES M, y colab. (2003). Alergenos responsables de las enfermedades alérgicas respiratorias en Venezuela. Revista Venezolana de Alergia, Asma e Inmunología 2003.

ASOCIACIÓN MEXICANA DE PEDIATRÍA (2002). Segundo Consenso Mexicano de Asma en Pediatría. Acta Pediatr Mex. 2002;23(supl 1).

VON BERG A, y colab. (2008). Preventive effect of hydrolyzed infant formulas persists until age 6 years: long-term results from the German Infant Nutritional Intervention Study (GINI). J Allergy Clin Immunol. 2008 Jun;121(6).

SAMPSON H, LEUNG D. (2008). Adverse reactions to foods. En: Adkinson NF, Busse WW, Bochner BS, Holgate ST, Simons ER, Lemanske RF. Middleton's Allergy: Principles and Practice. 7ª ed. Philadelphia: Mosby 2008.

MOREIRA E, GARCÍA MC (1997) . Lactancia materna y vitamina A. Rev Cubana Aliment Nutr. 1997;11(2)

CORONEL C, CARLOS (2005). Factores dietéticos asociados al asma bronquial en los niños. Revista mexicana de pediatría. 2005; 72(1)

PABLO BROCKMANN V y colab. 2007. Actividad física y obesidad en niños con asma. Rev. chil. pediatr. v.78 n.5 Santiago oct. 2007

DE LA CRUZ SÁNCHEZ E., PINO ORTEGA J. (2011). Estilo De Vida Relacionado Con La Salud. Facultad de Ciencias del Deporte – Universidad de Murcia.

ELLIOT E. (1993). Health-enhancing and health-compromising lifestyles. In: Millstein S, Petersen A, Nightingale E, editors. Promoting the health of adolescents New directions for the twenty-first century. Oxford: Oxford University Press.

CAMPILLO-ÁLVAREZ J. (2004). El mono obeso. La evolución humana y las enfermedades de la opulencia: diabetes, hipertensión, arteriosclerosis. Barcelona: Editorial Crítica.

AGENCIA ESPAÑOLA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA (2005). Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (NAOS). Madrid: Coiman.

SAPOLSKY R. (2007). El mono enamorado y otros ensayos sobre nuestra vida animal. Barcelona: Paidós.

DEMAKAKOS P, NAZROO J, BREEZE E, MARMOT M. (2008). Socioeconomic status and health: The role of subjective social status. Social Science & Medicine. 2008 Jul;67(2)

RAMOS M, GARCIA R, PRIETO M, MARCH J. (2001). Problems and proposals for improvement in the health care of economic immigrants. Gaceta Sanitaria. 2001;15(4).

RUTTEN A, Y COLAB. (2001). Self reported physical activity, public health, and perceived environment: results from a comparative European study. Journal of Epidemiology and Community Health. 2001;55(2)

GLENDINNING A Y COLAB. (2003). Rural communities and well-being: a good place to grow up? Sociology Reviews. 2003;51(1):129-56. Van de Poel E, O'donnell O, Van Doorslaer E. Are urban children really healthier? Evidence from 47 developing countries. Social Science & Medicine. 2007;65(10).

GOLDMAN L, COUSSENS C. (2004). Environmental Health Indicators: Bridging the Chasm of Public Health and the Environment - Workshop Summary. Washington Dc: Institute Of Medicine Of The National Academies. The National Academies Press.2004.

COLOMER-REVUELTA C. Y COLAB. (2004). La salud en la infancia. Gaceta Sanitaria. 2004;18(Sup 1)

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO	TITULO	Pág.
A	MATRIZ DE CONSISTENCIA	81
B	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	82
C	INSTRUMENTO	86
D	TABLA DE CONCORDANCIA JUICIO DE EXPERTOS	87
E	TABLA DE CODIGOS - VARIABLE PERCEPCION	87
F	TABLA DE CODIGOS – DATOS DE POBLACION	87
G	POBLACION DE ESTUDIO SEGUN EDAD	88
H	POBLACION DE ESTUDIO SEGUN SEXO	88
I	POBLACION DE ESTUDIO SEGUN PARENTESCO	88
J	POBLACION DE ESTUDIO SEGUN TIEMPO HOSPITALIZACION DE FAMILIAR	89

ANEXO A

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

VARIABLE	OBJETIVOS	DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE	VALOR FINAL
Estilos de vida en los niños con asma bronquial	Objetivo General. Describir estilos de vida en niños con asma bronquial que asisten al consultorio del Hospital Román Pando Egoavil Villa Rica Enero-Febrero 2016. OE 1: Identificar los estilos alimenticios OE 2: Identificar los estilos de higiene y abrigo OE 3: Identificar estilos recreativos y sociales OE 4: Identificar estilos de descanso y sueño OE 5: Identificar estilos de higiene del hogar	Estilos de Vida se considera al conjunto de patrones de comportamiento o actitudes identificables y relativamente estables, resultan de la interacción entre las características individuales, la interacción social y las condiciones de vida socioeconómica y ambiental en la cual se desarrolla la persona; los estilos de vida incluye los patrones de comportamiento en cuanto a la satisfacción de necesidades básicas como alimentación, vestido, recreación entre otros. La mayoría de estas se desarrollan las personas, en el seno familiar, por tanto son arraigados. Pueden clasificarse en saludables y otras nocivas para la salud o no saludables, son identificables y además forma parte permanente en la persona o en una sociedad determinada.	Estilos de vida alimenticios	Tipos de alimentos Raciones Horario	Estilos de vida es un conjunto de patrones de comportamiento identificables y relativamente estables en el niño asmático y que resulta de la interacción entre las características individuales, la interacción social y las condiciones de vida socioeconómica y ambiental en la cual vive, incluye la complejidad de patrones de comportamiento en cuanto a la satisfacción de necesidades básicas como alimentación, vestido, abrigo, recreación, descanso y sueño, higiene del hogar, entre otros. Y cuya práctica podría desarrollar o no desarrollar o ser causal de las crisis asmáticas en dichos niños. Investigados a través de un formulario tipo cuestionario, aplicado mediante la técnica de encuesta y cuyo valor final es estilos de vida saludables o no saludables.	Estilos de vida saludable. Estilos de vida no saludable.
			Estilos de vida de higiene y abrigo	Ropa según estación Baño diario		
			Estilos de vida recreativos y sociales	Practica de gimnasia y atletismo Practica de deporte Caminatas Nadar de piscina climatizada Paseos familiares o con amigos Participación en eventos sociales		
			Estilos de vida de descanso y sueño	Horario de descanso Horario de dormir Actividades para inducir el sueño: Ver TV o escuchar música Lectura.		
			Estilos de vida de higiene del hogar	Hábitos de limpieza y control de agentes contaminantes del ambiente. Frecuencia. Material y soluciones aromatizantes Crianza de animales y mascotas Eliminación de basura		

ANEXO B

CUESTIONARIO DE ESTILOS DE VIDA EN ESCOLARES CON ASMA BRONQUIAL.

Presentación

Estimado niño, en esta oportunidad me dirijo a ti, para solicitar tu colaboración a través de sus respuestas sencillas, sinceras y veraces con la finalidad de obtener información sobre las prácticas que realizas o condiciones de tu cotidianidad, respecto al cuidado de tu salud en relación al asma bronquial que padeces, la información solicitada es anónima, por lo que ten a bien responder todas las preguntas que te voy a realizar, cualquier duda o algo que no entiendas me dices para explicarte.

Agradezco anticipadamente tu gentil colaboración.

DATOS DEL NIÑO.

Edad: a) 6 – 8 años () b) 10 - 12 ()
Sexo: a) Femenino () b) masculino ()

Con quien vives: a) Padres: () b) Solo uno de ellos () c. Otros familiares ()

ESTILOS DE VIDA

A. ESTILOS ALIMENTICIOS

1. Alimentos que consumes con mayor frecuencia

- | | | | | | |
|--------------------------|-----|-----------------|-----|----------------------------------|-----|
| a. Hamburguesas | () | b. Chizitos | () | c. Conservas | () |
| d. Gaseosas | () | e. Galletas | () | f. Sándwich | () |
| g. Chocolates | () | h. golosinas | () | i. Huevos | () |
| j. Pescado o mariscos | () | k. Menestras | () | l. Verduras y legumbres | () |
| ll. Carne roja | () | m. Carne de ave | () | n. Leche de vaca y sus derivados | () |
| ñ. Leche de tarro o soja | () | | | | |

2. Donde consumes tus alimentos más frecuentemente:

- | | |
|----------------------------------|-----|
| a. En mi casa, cocina mi familia | () |
| b. En mi casa compran menú | () |
| c. En un restaurante | () |
| d. En el comedor del barrio | () |

3. Que temperatura te agrada para consumir las bebidas en cualquier época.

- | | |
|-------------|-----|
| a. Helada | () |
| b. Ambiente | () |
| c. Tibio | () |
| d. Caliente | () |

4. Cuántas raciones comes al día regularmente (incluyendo cuando estas en época de clases

- a. Desayuno y almuerzo ()
- b. Desayuno y lonche ()
- c. Desayuno, almuerzo y cena ()
- d. Almuerzo, lonche y cena ()

B. ESTILOS DE HIGIENE Y ABRIGO

5. Qué haces en un día lluvioso y tienes que salir urgente por alguna razón

- a. Me abrigo si hace frío ()
- b. Me cubro con ropa delgada si hay calor ()
- c. Salgo como estoy ()

6. Normalmente te gustar estar:

- a. Abridado ()
- b. Con ropa ligera ()
- c. De acuerdo a la estación ()

7. Como realizas tu higiene aunque estés con tu crisis de asma.

- a. Me baño siempre con agua fría ()
- b. Me baño siempre con agua caliente ()
- c. Me baño con agua a temperatura ambiente ()

8. Con que frecuencia te bañas

- a. Todos los días ()
- b. Dos veces por semana ()
- c. Una vez por semana ()

C. ESTILOS RECREATIVOS Y SOCIALES

9. Qué tipo de actividad física realizas frecuentemente

- a. Gimnasia o Atletismo
- b. Deporte: Fútbol, básquet, vóley, etc. ()
- c. Caminatas ()
- d. Natación en piscina climatizada ()
- e. No hago actividad física ()

10. Que actividades sociales realizas:

- a. Paseos familiares o con amigos ()
- b. Reuniones o paseos con amigos ()
- c. Asistencia a fiestas ()
- d. No participo ()

D. ESTILOS DE DESCANSO Y SUEÑO

11. Cuántas horas duermes diariamente

- a. 8 horas mínimamente ()
- b. Menos de 8 horas ()

12. Tomas siesta durante el día

- a. Si ()
- b. No ()

13. Tu sueño es continuado

- a. Si ()
- b. No ()

E. ESTILOS DE HIGIENE DEL HOGAR

14. Qué tipo de animales o mascotas tienen en su hogar?

- a. Perro ()
- b. Gato ()
- c. Cuy ()
- d. Loro, pollo u otra ave ()
- e. Ninguno ()

15. Si tienes mascota: Cuál es el lugar donde permanecen.

- a. En la cocina
- b. En la sala o dormitorio
- c. Fuera de la casa
- d. Tiene su jaula o corral
- e. Otro Especifique _____

16. ¿Qué productos utiliza tu familia para realizar la limpieza del hogar?

- a. Trapo humedecido con agua ()
- b. Desinfectante ()
- c. Kerosene o petróleo ()
- d. Cera ()
- e. Otros especifique _____

17. Acostumbra tu familia a utilizar aerosoles o inciensos para aromatizar los ambientes de la casa

- a. Sala ()
- b. Comedor ()
- c. Dormitorio ()
- d. Baño ()
- e. No utiliza ()

18. Con que frecuencia realizan la limpieza en tu casa

- a. Todos los días ()
- b. Una vez por semana ()
- c. Interdiario ()
- d. Cada 15 días ()
- e. Una vez al mes ()
- f. Otro especifique ()

- 19 . Cada cuanto tiempo se cambia la ropa de cama
- a. Todos los días ()
 - b. Una vez por semana ()
 - c. Interdiario ()
 - d. Cada 15 días ()
 - e. Una vez al mes ()
 - f. Otro especifique ()
20. En la habitación donde duermes existen objetos como
- a. Peluches sobre la cama
 - b. Cuadros en la pared
 - c. Repisas con libros
 - d. Piso con alfombra
 - e. Muebles de madera libre de objetos
 - f. otros especifique_____

ANEXO C

Tabla de concordancia

PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS									
Nº JUEZ	1	2	3	4	5	6	7	8	P
1	0	1	1	1	1	1	1	1	0.035
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	1	0	0.035
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
8	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004

Si P es menor a 0.005 la concordancia es significativa

Favorable =1 (SI)

Desfavorable =0 (NO)

ANEXO D

Estilos de vida en escolares con asma bronquial que asisten al consultorio del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica Enero-Febrero 2016.

Estilo de vida	Escolares con asma bronquial	
	f(i)	%
Saludable	25	62.50%
No saludable	15	37.50%
Total	40	100.00%

ANEXO E

Comportamiento de los Estilos de Vida según dimensiones en escolares con asma bronquial que asisten al consultorio del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica Enero-Febrero 2016.

Dimensiones de los estilos de vida	Estilo de vida					
	Saludable		No saludable		Total	
	N(i)	%	N(i)	%	N(i)	%
Estilo de vida alimenticio	32	80.00%	8	20.00%	40	100.00%
Estilo de vida de higiene y abrigo	33	82.50%	7	17.50%	40	100.00%
Estilo de vida recreativo y sociable	15	37.50%	25	62.50%	40	100.00%
Estilo de vida de descanso y sueño	26	65.00%	14	35.00%	40	100.00%
Estilo de vida de higiene del hogar	18	45.00%	22	55.00%	40	100.00%

ANEXO F

Estilos **alimenticios** en escolares con asma bronquial que asisten al consultorio del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica Enero-Febrero 2016.

Indicadores de la dimensión estilos alimenticios	Saludable		No saludable		Total	
	N(i)	%	N(i)	%	N(i)	%
Tipos de alimentos	26	65.00%	14	35.00%	40	100.00%
Raciones	34	85.00%	6	15.00%	40	100.00%

ANEXO G

Estilos de **higiene y abrigo** en escolares con asma bronquial que asisten al consultorio del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica Enero-Febrero 2016.

Indicadores de la dimensión Higiene y abrigo	Saludable		No saludable		Total	
	N(i)	%	N(i)	%	N(i)	%
Ropa según estación	32	80.00%	8	20.00%	40	100.00%
Baño diario	34	85.00%	6	15.00%	40	100.00%

ANEXO H

Estilos **recreativos y sociales** en escolares con asma bronquial que asisten al consultorio del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica Enero-Febrero 2016.

Indicadores de la dimensión Recreativo y social	Saludable		No saludable		Total	
	N(i)	%	N(i)	%	N(i)	%
Practica de gimnasia o deporte	8	20.00%	32	80.00%	40	100.00%
Caminatas	4	10.00%	36	90.00%	40	100.00%
Nado en piscina climatizada	10	25.00%	30	75.00%	40	100.00%
Paseos familiares o con amigos	4	10.00%	36	90.00%	40	100.00%
Participación en eventos sociales	4	10.00%	36	90.00%	40	100.00%

ANEXO I

Estilos de **descanso y sueño** en escolares con asma bronquial que asisten al consultorio del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica Enero-Febrero 2016.

Indicadores de la dimensión Descanso y sueño	Saludable		No saludable		Total	
	N(i)	%	N(i)	%	N(i)	%
Descanso o siesta	28	70.00%	12	30.00%	40	100.00%
Horario de dormir	34	85.00%	6	15.00%	40	100.00%
Continuidad de sueño	16	40.00%	24	60.00%	40	100.00%

ANEXO J

Estilos de **higiene del hogar** donde viven los escolares con asma bronquial que asisten al consultorio del Hospital Román Egoavil Pando Villa Rica Enero-Febrero 2016.

Indicadores de la dimensión higiene del hogar	Saludable		No saludable		Total	
	N(i)	%	N(i)	%	N(i)	%
Crianza de animales y mascotas	16	40.00%	24	60.00%	40	100.00%
Limpieza y control de contaminantes ambientales	5	12.50%	35	87.50%	40	100.00%
Frecuencia de higiene	20	50.00%	20	50.00%	40	100.00%
Material para higiene	22	55.00%	18	45.00%	40	100.00%
Cambio de ropa de cama	30	75.00%	10	25.00%	40	100.00%
Objetos en el dormitorio	34	85.00%	6	15.00%	40	100.00%